PODATKI O PREDHODNO PREJETIH DOZAH IN ZDRAVNIŠKEM PREGLEDU
delavca pogodbenega podjetja za dozimetrijo v NEK

Ime in naslov podjetja:

Priimek in ime:

Datum in kraj rojstva:

Državljanstvo: Podpis delavca:

Spol: Ž ○ M ○

POROČILO O DOZAH

Za obdobje v tekočem letu:

Doza gama	Nevtronska doza	Interna doza	Doza kože	**Skupaj Efektivna doza**
mSv	mSv	mSv	mSv	mSv

Ekvivalentna doza okončin, ostalih področij: mSv področje:

Doza očesnih leč: mSv

Zgodovina uradnih doz v zadnjih 5 letih (brez tekočega leta):

Leto	Doza
	mSv
	mSv
	mSv
	mSv
	mSv

PODATKI ZDRAVNIŠKEGA POTRDILA

Datum zdravniškega pregleda:

Velja do:

Sposoben za delo (da/ne): DA ○ NE ○

Kategorija: A ○ B ○

Omejitve za delo/pogoji:

USPOSABLJANJE IZ VARSTVA PRED SEVANJI
(Pravilnik, Ur.l. RS, 43/18)

Datum izpita:

Velja do:

Obseg ur (8/36/40/200):

POTRDITEV PODATKOV

Ime in podpis:
(odgovorna oseba zunanjega izvajalca)

Žig