

Назив установе која упућује запослене

Деловодни број

Датум

**ИНСТИТУТУ ЗА МЕДИЦИНУ РАДА СРБИЈЕ
"ДР ДРАГОМИР КАРАЈОВИЋ"**

УПУТ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ ПРЕГЛЕД ЗАПОСЛЕНОГ

Молим да на основу Правилника о условима за добијање лиценце за обављање радијационе делатности и уговора бр. _____ од _____, а у циљу оцене испуњености здравствених услова за професионално изложена лица, извршите здравствени преглед запосленог:

Име и презиме, ЈМБГ		
Тип прегледа (обележити)	<input type="checkbox"/> Претходни Контролни	<input type="checkbox"/> Периодични <input type="checkbox"/> Ванредни
Радно место		
Категорија изложености (обележити)	<input type="checkbox"/> А	<input type="checkbox"/> Б
Врста извора јонизујућих зрачења		
Процењена ефективна доза у претходних 12 месеци (mSv)		
Напомена		

Лице одговорно за заштиту од зрачења

М.П.
