

Číslo výpisu:

Dátum vystavenia:

## Výpis osobných dávok pracovníka so zdrojmi ionizujúceho žiarenia

### Identifikačné údaje zamestnávateľa

Oficiálny názov:  IČO:   
Sídlo:

### Identifikačné údaje pracovníka

Priezvisko:  Meno:  Titul:   
Dátum narodenia:  Miesto narodenia:  Pohlavie:   
Rodné číslo:  Číslo OP alebo pasu:   
Trvalé bydlisko:

### Osobné dávky pracovníka za 5 posledných kalendárnych rokov

ROK	Veľkosť dávky v mSv					
	Efektívna dávka z vonkajšieho ožiarenia	Úväzok efektívnej dávky z vnútorného ožiarenia	Celková efektívna dávka	Ekvivalentná dávka v očnej šošovke	Ekvivalentná dávka v koži	Ekvivalentná dávka na končatiny

### Výpis osobných dávok pracovníka vystavil

Meno, priezvisko a titul odborného zástupcu pre radiačnú ochranu alebo osoby poverenej plnením úloh súvisiacich s radiačnou ochranou zamestnancov:

Pečiatka a podpis:

### Výsledok lekárskej preventívnej prehliadky

Názov pracovnej zdravotnej služby, ktorá preventívnu lekársku prehliadku vykonala:

Dátum konania poslednej preventívnej prehliadky:

Výsledok lekárskej preventívnej prehliadky:

Odtlačok pečiaty, meno, priezvisko a podpis lekára, ktorý prehliadku vykonal: (resp. meno, priezvisko a podpis odborného zástupcu alebo poverenej osoby)

### Výsledok lekárskej preventívnej prehliadky

Názov pracovnej zdravotnej služby, ktorá preventívnu lekársku prehliadku vykonala:

Dátum konania poslednej preventívnej prehliadky:

Výsledok lekárskej preventívnej prehliadky:

Odtlačok pečiaty, meno, priezvisko a podpis lekára, ktorý prehliadku vykonal: (resp. meno, priezvisko a podpis odborného zástupcu alebo poverenej osoby)

### Záznam o vykonanom školení z radiačnej ochrany

Dátum konania školenia:

Miesto konania školenia:

Názov prevádzkovateľa pracoviska so zdrojmi žiarenia, ktorý školenie vykonal:

Meno, priezvisko a podpis odborného zástupcu:

### Záznam o vykonanom školení z radiačnej ochrany

Dátum konania školenia:

Miesto konania školenia:

Názov prevádzkovateľa pracoviska so zdrojmi žiarenia, ktorý školenie vykonal:

Meno, priezvisko a podpis odborného zástupcu:

### Záznam o vykonanom školení z radiačnej ochrany

Dátum konania školenia:

Miesto konania školenia:

Názov prevádzkovateľa pracoviska so zdrojmi žiarenia, ktorý školenie vykonal:

Meno, priezvisko a podpis odborného zástupcu: