

Заявочна форма з дозиметричного контролю на ЧАЕС	
Будь ласка, заповніть та поверніть цю форму не пізніше ніж за десять робочих днів до дня вашого візиту.	
<b>A. Відвідувач</b>	<b>B. Місце роботи відвідувача</b>
Прізвище:	Назва організації:
Ім'я:	Підрозділ (при наявності):
По батькові:	Адреса:
Чол.: <input type="checkbox"/> Жін.*.: <input type="checkbox"/>	Посада:
<b>* <u>Вагітність та годування груддю є протипоказанням для відвідування майданчика ЧАЕС</u></b>	
Дата народження**: число/місяць/рік	Контактна особа:
<b>**<u>Особи віком до 18 років на ЧАЕС не допускаються</u></b>	Тел. №:
Серія та номер паспорта: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	e-mail***:
Громадянство:	<b>*** <u>Поле, обов'язкове для заповнення. Заповнювати розбірливо, друкованими літерами.</u></b>
Чи належить відвідувач до персоналу, що працює з джерелами іонізуючого випромінювання? ТАК: <input type="checkbox"/> Заповніть розділ D НІ: <input type="checkbox"/> Заповніть розділ C	
<b>C. Відвідувач не працює з джерелами іонізуючого випромінювання</b>	<b>D. Відвідувач належить до персоналу, що працює з джерелами іонізуючого випромінювання</b>
<input type="checkbox"/> За поточний календарний рік кандидат отримав дозу опромінення менше ніж 0,9мЗв.	Категорія персоналу (для громадян України)     А <input type="checkbox"/> Б <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Доза, яку кандидат отримав за поточний календарний рік, складає більше ніж 0,9мЗв та оцінюється в _____ мЗв.	Отримана доза за поточний рік: _____ мЗв
	Отримана доза за останні п'ять років, включаючи поточний рік: _____ мЗв
Дата останнього медогляду: _____	
Чи ви підтверджуєте відсутність медичних протипоказань для відвідування зони впливу іонізуючого випромінювання? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>	
Вкажіть Ваш розмір одягу _____, Ваш розмір взуття _____	
Чи потрібна Вам довідка про дозу зовнішнього опромінення за час перебування на ЧАЕС?****     Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> <b>**** <u>Сканована копія довідки буде відправлена на вказаний Вами e-mail</u></b>	
Я перевірів і підтверджую, що вся надана за цією формою інформація є достовірною. Наведеним нижче власноручним підписом даю згоду на обробку моїх персональних даних, що містяться в даній формі, як відкритої інформації, виключно для здійснення індивідуального дозиметричного контролю.	
ПІДПИС..... (Відвідувач)     ДАТА .....	
Прийняв та опрацював представник ЛІДК ЦРБ ДСП ЧАЕС_____	