

ЗАЯВОЧНАЯ ФОРМА ПО ДОЗИМЕТРИЧЕСКОМУ КОНТРОЛЮ НА ЧАЭС

Пожалуйста, заполните и верните данную форму не менее, чем за десять рабочих дней до вашего визита.

А. Посетитель

Фамилия:	
Имя:	
Отчество:	
Муж.: <input type="checkbox"/>	Должность:
Жен.: <input type="checkbox"/> *	
* <u>Беременность и кормление грудью являются противопоказанием для посещения площадки ЧАЭС</u>	
Дата рождения*: число/месяц/год	
* <u>Лица моложе 18 лет на ЧАЭС не допускаются</u>	
Серия и 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"/>	
Гражданство:	

В. Место работы посетителя

Наименование организации:	
Подразделение (при наличии):	
Адрес:	
Почтовый индекс:	Тел. №:
Контактное лицо:	
e-mail:	

Относится ли посетитель к группе персонала, работающего в радиационных условиях?

ДА: ☐ Заполните раздел D

НЕТ: ☐ Заполните раздел С

С. Не относится к группе персонала, работающего в радиационных условиях

<input type="checkbox"/> За этот календарный год и до сегодняшнего дня посетитель получил дозу облучения меньше, чем 1мЗв. <input type="checkbox"/> Доза, полученная посетителем за этот календарный год и до сегодняшнего дня, составляет более 1мЗв и оценивается в ____ мЗв.
--

D. Относится к группе персонала, работающего в радиационных условиях

Полученная доза за текущий год (с 01.01.201_): ____ мЗв
Полученная доза за последние пять лет: ____ мЗв
Будете ли вы носить дозиметр, выданный вам вашим работодателем через службу дозиметрического контроля? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Дата последнего медосмотра:

Подтверждаете ли Вы отсутствие медицинских противопоказаний для посещения зоны воздействия ионизирующего излучения Да ☐ Нет ☐

Укажите ваш размер одежды _____, ваш размер обуви _____

Нужна ли Вам официальная справка о полученной дозе за время пребывания? Да ☐ Нет ☐

*справка будет отправлена на вышеуказанный адрес

Я проверил и подтверждаю, что вся предоставленная по данной форме информация является достоверной.

ПОДПИСЬ..... (Посетитель) ДАТА.....

По моим данным предоставленная мной информация является правильной. Я отдаю себе отчет, что информация, содержащаяся в данной форме, может храниться в электронном виде и обрабатываться компанией только в целях дозиметрического контроля.

Принял и обработал представитель ЛИДК ЦРБ ГСП ЧАЭС _____