

Вх. №

РАД ПРОТЕКТ ООД

Квалификационна изпитна комисия за специализирано обучение

Адрес: гр. София, бул. "Петър Дертлиев" №25, Комплекс "Лабиринт", сграда Б, ет. 2, МЦ "ПТБ МЕД"
email: kikrz@abv.bg тел: 0893336741

ЗАЯВКА ЗА УЧАСТИЕ

за включване в **ОСНОВЕН** курс за специализирано обучение

.....
(научно звание) (име, презиме, фамилия)

ЕГН **място на раждане:**

..... **град**.....
(месторабота: име на здравното заведение)

отделение/клиника:

професия/специалност:

Отговорник (заместник отговорник) съм по радиационна защита **(Да/Не).**
(Прилагам копие от заповедта.) (изписва се!)

.....
(вид на използвания източник: открит, закрит – описание; рентгенов източник; ускорител и др.)

.....
(вид на използваната апаратура – рентгенов апарат, компютърен томограф, ангиограф и др.)

Дата:

Личен адрес:

.....

e-mail **ТЕЛ.**

* Съгласен съм, личните данни, които предоставям да бъдат използвани в електронната система на АЯР.

До Председателя на
Квалификационната изпитна комисия
на Дружество РАД Протект ООД,
гр. София

З А Я В Л Е Н И Е

ОТ

.....
/име, презиме, фамилия/

Уважаеми г-н Председател,

Желая да бъда включен в курс за специализирано обучение за правоспособност за работа с ИЙЛ и след завършването на обучението да се явя на изпит пред КИК.

Прилагам следните документи за включване в ОСНОВЕН курс:
(ОСНОВЕН е всеки първоначален курс, както и всеки курс, след изтекло или изтичащо удостоверение.)

1. Заявка;
2. Заявление;
3. Копие от диплома за завършена образователна степен;
4. Удостоверение за медицински преглед, гарантиращ медицинското и психофизиологично здраве на кандидата.
5. Служебна бележка от местоработата, съдържаща професия, длъжност, пълно наименование на звеното (отделение, клиника, катедра, лаборатория и др.), в което работи.

(Описаните документи НЕ се прилагат при включване в курс за ПОДДЪРЖАЩО обучение. За него са нужни: Заявка за поддържащо обучение, копие от валидното основно удостоверение и Служебна бележка от месторабота.

Поддържащото обучение е задължително и се провежда в края на втората година от издаване на валидното основно удостоверение).

Подпис и печат на работодателя:

Дата:

Подпис: