



Služba za varstvo pred ionizirajočim sevanjem	Program ALARA na IJS	Dokument: SVPIIS-R-O-17 Izdaja: 02
Velja od: november 2017	Vpis v register dozimetrije in izdaja dozimetra	Oznaka:

Pojasnilo:

Vsak novi delavec (tudi študent, praktikant ali gostujoči delavec), ki bo delal z viri ionizirajočega sevanja, mora pred izdajo osebnega dozimetra izpolniti obrazec in ga poslati na enoto SVPIIS. Podatke zbiramo za potrebe evidence izpostavljenosti in vpisa v centralni dozimetrični register Slovenije.

Izpolni zaposleni:

Ime		Priimek	
EMŠO (za tujce rojstni datum)		Spol	
Kraj in država rojstva		Državljanstvo	
Izobrazba (poklic)		Stopnja izobrazbe	
Delovno mesto		Delo	Delavec/ Študent/ Praktikant
Enota (odsek/skupina)		Odgovorna oseba/mentor	
Datum začetka dela z viri sevanja		Predviden datum zaključka dela	
Datum zdravniškega pregleda		Datum opravljenega izpita iz varstva pred sevanji	

Izjava zaposlenega in mentorja

Zaposleni dajem izrecno soglasje delodajalcu Institutu "Jožef Stefan", da se podatki o mojih osebnih dozah lahko posredujejo pooblaščenemu izvajalcu medicine dela ali pooblaščenemu izvedencu varstva pred sevanji v nadaljnjo obdelavo in v centralno evidenco doz (zahteva 48. člena ZVISJV-1).

Kot zaposlena¹ se zavedam nujnosti zgodnje naznanitve nosečnosti ali dojenja delodajalcu. Zaradi varstva nerojenega otroka se bomo skupaj dogovorili o načinu mojega dela z viri sevanja (zahteva 29. člena ZVISJV-1).

Pred pričetkom dela je mentor opravil strokovno uvajanje, ki vključuje posebnosti laboratorija, predstavitev postopka za delo in predstavitev varnega dela z viri IS. Dokler delavec ne opravi izpita iz varstva pred sevanji, lahko izvaja dela le pod neprekinjenim nadzorom mentorja in je ta v celoti odgovoren za njegovo varnost.

Podpis delavca: _____

Podpis mentorja: _____

Vodja odseka se strinjam z mentorstvom in izdajo dozimetra.

Podpis vodja OE: _____

Izpolni SVPIIS:

Vrsta dela (zaprti/odprti viri ali naprava)		Kategorija sevalnega delavca	A/ B/ C
Oznaka ocene varstva pred sevanji		Koda dozimetra	
Obdobje dela (več/manj kot 3 mesece)		Datum prenehanja dela	
Opombe			

Datum: _____

Podpis SVPIIS: _____

¹ Velja za ženske.