1. Подаци о правном лицу/предузетнику

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пословно име | *Уписати назив* | Матични број | *Уписати број* |
| ПИБ | *Уписати број* |

1. Подаци о изложеним радницима

Правно лице/предузетник нема изложене раднике

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ред. бр.** | **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** | **9.** | **10.** | **11.** | **12.** | **13.** | **14.** | **15.** | **16**. | **17.** | **18.** | **19.** | **20.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. име и презиме;

2. ЈМБГ;

3. датум почетка рада у зони зрачења;

4. категорија изложеног радника А/Б;

5. назив радног места;

6. звање;

7. датум стицања звања;

8. назив институције која је издала диплому о стеченом звању и нивоу и врсти квалификације;

9. ниво и врста квалификације;

10. датум издавања уверења о здравственој способности, не старији од годину дана, са закључком да је лице способно за рад у зони зрачења;

11. датум закључења уговора о радном ангажовању;

12. трајање уговора о радном ангажовању;

13. датум издавања писаних доказа о обучавању и оспособљавању за спровођење мера радијационе сигурности, не старије од пет година;

14. назив програма обучавања и оспособљавања за спровођење мера радијационе сигурности;

15. назив носиоца овлашћења које је издало потврду о обучавању и оспособљавању за спровођење мера радијационе сигурности;

16. датум издавања писаних доказа о обуци за рад;

17. назив обуке за рад;

18. назив издаваоца писаног доказа о обуци за рад;

19. збирна ефективна доза примљена у претходних пет година (у mSv);

20. датум престанка рада у зони зрачења.

1. Овера правног лица/предузетника

Под пуном материјалном и кривичном одговорношћу потврђујемо тачност напред наведених података.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Име и презиме** | **Датум** | **Потпис** |
| Лице одговорно за заштиту од јонизујућег зрачења/руководилац службе заштите од јонизујућег зрачења | *Уписати име и презиме* | *Уписати датум* |  |
| Овлашћено лице у правном лицу/предузетник | *Уписати име и презиме* | *Уписати датум* |  |