1. Подаци о правном лицу/предузетнику

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

1. Подаци о изложеним радницима и другим лицима која обављају послове декомисије, укључујући и спољне раднике и друга лица ангажована код подуговарача

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. послодавац;

4. датум почетка рада у зони зрачења;

5. категорија изложеног радника А/Б;

6. назив радног места;

7. звање;

8. датум стицања звања;

9. назив институције која је издала диплому о стеченом звању и нивоу и врсти квалификацијe;

10. ниво и врста квалификацијe;

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

12. датум закључења уговора о радном ангажовању;

13. трајање уговора о радном ангажовању;

14. датум издавања потврде о обучавању и оспособљавању за спровођење мера радијационе сигурности, не старије од пет година;

15. назив курса о обучавању и оспособљавању за спровођење мера радијационе сигурности;

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

17. датум издавања потврде о стручном оспособљавању за декомисију;

18. назив курса о стручном оспособљавању за декомисију

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* |  |