

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(nazwisko i imię  
adres i telefon osoby  
występującej z wnioskiem)

**PREZES  
PAŃSTWOWEJ AGENCJI  
ATOMISTYKI  
ul. Krucza 36  
00-522 Warszawa**

**WNIOSEK**

Na podstawie art.22 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (Dz.U. z 2007 r. Nr 42 poz. 276) oraz § 12 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 listopada w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych (Dz. U. z 2007r Nr 131 poz. 913),  
Ja:

INFORMACJE O WNIOSKODAWCY	
NAZWISKO:	
IMIONA:	
NAZWISKO RODOWE:	
PŁEĆ:	<b>M</b> <input type="checkbox"/> <b>K</b> <input type="checkbox"/>
DATA URODZENIA:	
MIEJSCE URODZENIA:	
IMIONA RODZICÓW:	
NR EWID. CRD <sup>1)</sup>	
NR. IDENTYFIKACYJNY <sup>1)</sup>	

Informuje, że byłem/am w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące w:

.....  
.....  
(daty i adresy jednostek organizacyjnych i rodzaj pracy, w której pracowała osoba, składająca wniosek)

Wobec powyższego proszę o udzielenie informacji o dawkach otrzymanych za okres:

.....  
.....

- oświadczam że nie pracowałem/łam w warunkach zawodowego narażenia na promieniowanie jonizujące i proszę poświadczenie, że nie figuruję w centralnym rejestrze dawek.
- Na podstawie § 12 ust.4 ww. rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 listopada w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych (Dz. U. z 2007r. Nr 131 poz. 913), proszę o przekazanie informacji w języku angielskim <sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Numer ewidencyjny centralnego rejestru dawek osoby, której dotyczy wniosek lub nazwa jednostki organizacyjnej (adres powyżej) , w której pracowała ona przednio w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące. W przypadku braku nr ewidencyjnego CRD prosimy podać numer identyfikacyjny ( w Polsce nr ewidencyjny PESEL).

<sup>2)</sup> Zaznaczają osoby zamierzające podjąć pracę w warunkach narażenia na promieniowanie za granicą.

.....

.....  
(podpis osoby  
występującej z wnioskiem)