Изпраща се в МУ – Варна: **Приложение №9А**

тел: 052/677 016

e-mail: dilyana.dimitrova@mu-varna.bg

адрес: гр. Варна, ул. Марин Дринов 55

Първоначална **заявка**

 за включване в специализирано обучение

*(попълнете или оградете верния отговор)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Лична информация за кандидата** | Три имена |  |
| Месторабота*(медицинско заведение, клиника, отделение)* |  |
| Професия |  |
| Длъжност |  |
| Специалност |  |
| **Специали -зирана информация свързана с работата на кандидата** | Вид на източника на йонизиращи лъчения, с който работите*(отбележете вярното)* | открит, закрит, ускорител, други *(уточнете)* |
| Вид на използваните радионуклиди, при работа с открити ИЙЛ |  |
| Вид на използваната апаратура, с която работите*(отбележете вярното)* | ангиограф, компютърен томограф,графичен, скопичен иликомбиниран рентгенов апарат,ПЕТ/СТ, SPECT/CT,линеен ускорител и др. |
| Отговорник по радиационна защита или ръководител на обекта*(отбележете вярното)* | **да** | **не** |
| **Вид на обучението** | **Първоначално***(при назначаване на работа и след изтичане на удостоверение)* | **Поддържащо***(между втората и третата година от издаване на Удостоверението за правоспособност)* |
| **контакти за обратна връзка***(задължително!)* | **Адрес** *(домашен или служебен)*: |
| **e-mail**: |
| **Телефон** *(мобилен)*: |

**ВНИМАНИЕ! Съобщението за включването Ви в специализираното обучение ще получите на един от посочените контакти за обратна връзка.**