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 или  комбиниран 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.**