

Изпраща се в МУ – Варна:
 тел: 052/677 016
 e-mail: silvia.staneva@mu-varna.bg
 адрес: гр. Варна, ул. Марин Дринов 55

ПРИЛОЖЕНИЕ №9А

**ПЪРВОНАЧАЛНА ЗАЯВКА
 ЗА ВКЛЮЧВАНЕ В СПЕЦИАЛИЗИРАНО ОБУЧЕНИЕ**

(попълнете или оградете верния отговор)

ЛИЧНА ИНФОРМАЦИЯ ЗА КАНДИДАТА	Три имена		
	Месторабота <i>(медицинско заведение, клиника, отделение)</i>		
	Длъжност		
	Специалност <i>(ако има такава)</i>		
СПЕЦИАЛИ - ЗИРАНА ИНФОРМАЦИЯ СВЪРЗАНА С РАБОТАТА НА КАНДИДАТА	Вид на източника на йонизиращи лъчения, с който работите <i>(отбележете вярното)</i>	открит, закрит, рентгенов ИЙЛ, ускорител, генератор, други <i>(уточнете)</i>	
	Вид на използваните радионуклиди, при работа с открити ИЙЛ		
	Вид на използваната апаратура, с която работите <i>(отбележете вярното)</i>	ангиограф, компютърен томограф, графичен, скопичен или комбиниран рентгенов апарат, ПЕТ/СТ, СПЕСТ/СТ, линеен ускорител и др.	
	Отговорник по радиационна защита или ръководител на обекта <i>(отбележете вярното)</i>	да	не
ВИД НА ОБУЧЕНИЕТО	Първоначално <i>(при назначаване на работа и след изтичане на удостоверение)</i>	Поддържащо <i>(между втората и третата година от издаване на Удостоверението за правоспособност)</i>	
КОНТАКТИ ЗА ОБРАТНА ВРЪЗКА <i>(ЗАДЪЛЖИТЕЛНО!)</i>	Адрес <i>(домашен или служебен):</i>		
	e-mail:		
	Телефон <i>(мобилен):</i>		

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