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

факс: 052/677 017

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** | Трите 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 (открит, закрит, рентгенов, ускорител и др.) |  | |
| Вид на използваните радионуклиди |  | |
| Вид на използваната апаратура, с която работите (подчертайте нужното) | ангиограф,  компютърен томограф,  графичен или скопичен рентгенов апарат, ПЕТ/СТ,  линеен ускорител и др. | |
| Отговорник по радиационна защита на обекта | да | не |
| **Вид на обучението** | Първоначално  (при назначаване на работа и след изтичане на удостоверението) | Поддържащо  (между втората и третата година от издаване на удостоверението) | |
| **контакти за обратна връзка** | Адрес: |  | |
| Факс: |  | |
| e-mail:  (задължително) |  | |
| Телефон: |  | |

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