

_____	_____
(pravno lice)	(matični broj iz jedinstvenog registra)
_____	_____
(adresa)	(šifra djelatnosti)
_____	_____
(datum)	(broj uputnice)

UPUTNICA ZA PRETHODNI ZDRAVSTVENI PREGLED

Upućuje se na PRETHODNI pregled _____
(ime, ime oca i prezime)

rođen/a _____ godine u _____
(mjesto i općina rođenja)

Po zanimanju _____, koji/a treba raditi na radnom mjestu
_____, radi ocjene zdravstvene sposobnosti za obavljanje
radnih zadataka sa izvorima jonizirajućeg zračenja.

Kratak opis radnih zadataka: _____

Procijenjeni rizici na radnom mjestu i u radnoj sredini: _____

Opasnosti i štetnosti sa izmjerenim vrijednostima: _____

Lice odgovorno za zaštitu
od jonizirajućeg zračenja

(M. P.)

Direktor
