

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

**UPUTNICA ZA VANREDNI ZDRAVSTVENI PREGLED**

Upućuje se na VANREDNI pregled \_\_\_\_\_  
(ime, ime oca i prezime)

rođen/a \_\_\_\_\_ godine u \_\_\_\_\_  
(mjesto i općina rođenja)

Po zanimanju \_\_\_\_\_, koji/a radi na radnom mjestu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, radi ocjene zdravstvene sposobnosti  
za obavljanje poslova rada sa izvorima jonizirajućeg zračenja profesionalno izloženih lica kategorije A.

Akcident na radnom mjestu: \_\_\_\_\_

Sumnja ili prekoračenje granica doza ili kontaminacija tijela, inhalacija ili ingestija radionuklida:

Opasnosti i štetnosti sa izmjerenim vrijednostima:

Lice odgovorno za zaštitu  
od jonizirajućeg zračenja

Direktor

(M. P.)