

پیوست ۱

فرم درخواست احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه

۱- مشخصات فردی

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه:

کد ملی: تاریخ تولد: محل تولد: آخرین مدرک تحصیلی:

رشته تحصیلی: مجموع سوابق خدمتی: نام آخرین موسسه محل کار:

آدرس محل کار: تلفن:

آدرس محل سکونت: تلفن:

۲- سوابق کار با اشعه

مشخصات محل‌های کار با اشعه و سابقه کار به ترتیب از بدو استخدام در جدول زیر درج گردد.

ردیف	نام محل کار	تاریخ		سمت	نوع منابع پرتو	شماره دزیمتر فردی	گروه پرتوکاری
		شروع به کار	خاتمه کار				

۳- سوابق پرتوگیری غیرعادی

در صورت پرتوگیری غیرعادی جدول ذیل تکمیل گردد (مدارک پرتوگیری غیرعادی پیوست گردد).

ردیف	محل کار با پرتو	نوع پرتو و منبع آن	تاریخ پرتوگیری	مقدار پرتوگیری	توضیحات

۴- تعهد نامه فرد متقاضی

اینجانب.....ضمن پیوست مدارک مورد نیاز، بر اساس بند ۳ ماده ۲۰ قانون حفاظت در برابر اشعه، متقاضی احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه جهت بازنشستگی □ از کارافتادگی □ بازخرید □ بر اساس مدت.....سال و.....ماه کار با اشعه می‌باشم و مسئولیت صحت کلیه مندرجات این پرسشنامه را بر عهده گرفته و بر اساس بند ۳ ماده ۱۹ آیین‌نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه در صورت مشخص شدن هرگونه اطلاعات خلاف واقع و مدرک‌سازی از امتیاز بند ۳ ماده ۲۰ قانون مذکور کلاً محروم و مکلف به استرداد کلیه وجوه دریافت شده و خسارات ناشی از آن خواهم بود.

امضاء فرد متقاضی تاریخ

۵- نظریه کمیسیون ماده ۲۰ قانون حفاظت در برابر اشعه

اینجانبان امضاء کنندگان زیر، کلیه موارد مندرج در فرم‌های شماره ۱، ۲، ۳ را بررسی نموده، مدت.....سال و.....ماه کار مستمر با پرتو آقای / خانم.....تأیید می‌گردد. توضیحات:

۱- نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت:.....تلفن.....امضاء

۲- نام و نام خانوادگی شخص مسئول:.....تلفن.....امضاء

۳- نام و نام خانوادگی دارنده پروانه یا نماینده تام‌الاختیار آن:.....تلفن.....امضاء

۶- نظریه مسئول فیزیک بهداشت کل (ویژه سازمان انرژی اتمی و مراکز دانشگاهی)

مدت.....سال و.....ماه کار مستمر با پرتو آقای / خانم.....تأیید می‌گردد.

نام و نام خانوادگی مسئول فیزیک بهداشت کل:.....تلفن.....امضاء

۷- تأییدیه محل خدمت

۱-۷ تأیید واحد / بخش محل خدمت

با بازنشستگی آقای / خانم.....موافقت می‌گردد / نمی‌گردد.

نام و نام خانوادگی مقام مسئول:

امضاء و تاریخ:

۲-۷ تأیید رئیس مرکز

با بازنشستگی آقای / خانم.....موافقت می‌گردد / نمی‌گردد.

نام و نام خانوادگی مقام مسئول:

امضاء و تاریخ:

پیوست ۲

..... فرم خلاصه پرونده خدمتی خانم/آقای

جهت درخواست احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه

توضیحات	نوع خدمت					شماره و تاریخ ابلاغ یا حکم	درصد پرتوکاری	گروه پرتوکاری	مدت			تاریخ		شغل مورد تصدی (پست سازمانی)	محل خدمت (واحد سازمانی)	ردیف
	مرحضی بدون حقوق	انفصال	تعطیل	نیمه وقت	تمام وقت				سال	ماه	روز	تا	از			

تایید اداره کارگزینی / امور اداری و استخدامی /

مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول/مدیر اداره: تاریخ:

نام و نام خانوادگی تنظیم کننده: تاریخ:

پیوست ۳فرم وضعیت سلامت پرتوکاران

جهت درخواست احتساب افزایش مدت خدمت کار با اشعه

۱- اطلاعات فردی پرتوکار

نام:	نام خانوادگی:	سال تولد:
نام آخرین مرکز کار با اشعه:		کد ملی:

۲- تاییدیه مسئول فیزیک بهداشت مرکز کار با پرتو

آیا سابقه سانحه پرتوی یا پرتوگیری غیرعادی در مدت اشتغال به کار با پرتو وجود داشته است؟ خیر بلی

توضیح مورد (با ذکر زمان و میزان پرتوگیری) و شرح اقدامات انجام شده:

تاریخ: _____ مهر و امضاء مسئول فیزیک بهداشت مرکز

تاریخ: _____ مهر و امضاء مسئول کل فیزیک بهداشت

۳- تاییدیه پزشک معتمد مرکز کار با پرتو

آیا در آزمایش‌های پزشکی دوره‌ای و یا معاینه‌های بالینی در مدت خدمت کار با اشعه مورد غیرطبیعی مشاهده گردیده است؟

خیر بلی توضیح مورد و شرح اقدامات انجام شده:

سابقه بیماری:

مصرف دارو:

تاریخ: _____ مهر و امضاء پزشک معتمد مرکز

در این قسمت نتایج آخرین معاینات و آزمایش‌های پزشکی پرتوکار ثبت گردد (حداکثر مربوط به شش ماه قبل از درخواست)

نتایج آزمایش: طبیعی غیرطبیعی توضیح موارد:

نتیجه معاینه بالینی: طبیعی غیرطبیعی توضیح موارد:

تاریخ: _____ مهر و امضاء پزشک معتمد مرکز

• فرم تکمیل شده باید به همراه نتایج آزمایش‌های پزشکی شامل CBC, PLT, Diff, U/A که حداکثر ۶ ماه از تاریخ آن نگذشته باشد، ارسال گردد.