

IMIĘ I NAZWISKO

MIESCIE I TERMIN EGZAMINU

DATA I MIEJSCE URODZENIA

PESEL

ADRES DO KORESPONDENCJI

TELEFON / E-MAIL

WNIOSEK

o dopuszczenie do egzaminu

Na podstawie art. 33 n ust. 1-6 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. z 2021 r. poz. 623 z późn. zm.) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zwracam się z wnioskiem o dopuszczenie mnie do egzaminu.

Oświadczam że ukończyłem szkolenie w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta typu _____.

FORMA SZKOLENIA			
STACJONARNY		E-LEARNING	

* Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów rejestracji i weryfikacji osób przystępujących do egzaminu z ochrony radiologicznej pacjenta zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

* Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych objętych formularzem jest dobrowolne oraz, że przysługuje mi prawo dostępu do treści powyższych danych oraz prawo ich poprawiania.

WAŻNE: Wniosek po wypełnieniu prosimy odesłać na adres e-mail: szkolenia@mcor.pl

Data: _____ Podpis: _____