**Osnova zdůvodnění příčin vyšší osobní dávky**

Vyšší dávkou se rozumí:

* efektivní dávka >15 mSv, úvazek efektivní dávky > 6 mSv, ekvivalentní dávka >15 mSv pro oční čočku, 300 mSV pro kůži nebo končetiny součtově v průběhu kalendářního roku

Držitel povolení: ……………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………...

IČO: ………………………………………………………… Registrační číslo SÚJB: …………………………………………………………

Adresa: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jména účastníků šetření: …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Kdo šetření provedl: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum šetření: …………………………………………………………

Kontrolované pásmo: **ano / ne** 1

## Identifikační údaje a výsledek šetření

1. Příjmení a jméno uživatele osobního dozimetru: …………………………………………………………………………………
2. Datum narození: …………………………………………………………
3. Kvalifikace pracovníka, pracovní zařazení: ……………………………………………………………………………………………
4. Kategorie pracovníka z hlediska práce se ZIZ: **A** / **B** 1
5. Sledované období (kalendářní rok, rozmezí měsíců): ………………………………………………………………………..
6. Součet dávky (vyhodnocené dozimetrickou službou) za sledované období: ………………………..
7. Používal pracovník ochrannou **zástěru** / **zástěru a límec** 1? **ano** / **ne** 1

Jestliže **ano**, uveďte:

* ochranné pomůcky byly nošeny **vždy** / **část doby** 1 (……………%) při práci se ZIZ
* ekvivalent ochranné zástěry ……………………………
* koeficient použitý pro přepočet dávky měřené na zástěře na efektivní dávku

(lze konzultovat s oprávněnou dozimetrickou službou) ……………………………

* efektivní dávku po přepočtu ……………………………
* Byla překročena vyšetřovací úroveň po přepočtu? **ano** / **ne** 1
1. Používal pracovník ochranné **brýle**? **ano** / **ne** 1

Jestliže **ano**, uveďte:

* ochranné brýle byly nošeny **vždy** / **část doby** 1 (……………%) při práce se ZIZ
* ekvivalent ochranných brýlí ……………………………
* koeficient použitý pro přepočet Hp(3) na ekvivalentní dávku v oční čočce (lze konzultovat s oprávněnou dozimetrickou službou) ……………………………
* Byla překročena vyšetřovací úroveň po přepočtu? **ano** / **ne** 1

…………………………………………………

datum a podpis dohlížejícího osoby

*Vyplněné zašlete na adresu nebo na e-mail:*

***Státní úřad pro jadernou bezpečnost***

***Oddělení evidencí a hodnocení ozáření***

***Senovážné náměstí 9***

***110 00 Praha***

***hlaseni.davky@sujb.cz***

1 Nehodící se škrtněte.