

ДОВІДКА ВІД _____
про можливість роботи в зоні дії іонізуючого випромінювання

(прізвище, ім'я, по батькові повністю)

вік _____,

пройшов(ла) попередній/періодичний медогляд та допущений(на) до роботи в зоні дії іонізуючого випромінювання.

Дата медогляду: _____

Довідка дійсна до: _____

Керівник підприємства

(підпис)

(Власне ім'я Прізвище)

М.П.