

Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Física "Gleb Wataghin"
Laboratório de Ensino em Física Médica

Formulário de Registro de Usuário

Nome

Registro Acadêmico

Data de Nascimento

Sexo

Feminino

Masculino

Telefone

e-mail

Ocupação

Unidade/Depto

Sala

Ramal

Possui treinamento prévio em radioproteção?

Sim

Não

Atualmente, é Indivíduo Ocupacionalmente

Exposto?

Sim

Não

Se sim, desde:

Consentimento informado

Os usuários do laboratório devem ser informados sobre os potenciais riscos de radiação presentes no local de trabalho. Eu entendo a presença destes riscos e me comprometo a empregar hábitos seguros de trabalho, minimizando estes riscos para mim mesmo, para os colegas de trabalho, para o público em geral e para o meio ambiente.

(Somente para indivíduos do sexo feminino) Estou ciente de que é minha responsabilidade comunicar ao Supervisor de Radioproteção sobre qualquer suspeita de gravidez ou gravidez confirmada.

Em caso de acidente, avisar:

Nome

Telefone

Parentesco

DECLARO para todos os fins que as informações acima são verdadeiras

Data

Assinatura

Para uso interno do laboratório

Registro

Recebido por:
