

SABİT PROSES KONTROL CİHAZLARI İÇİN LİSANS BAŞVURU FORMU FORMATI

Kurum / Kuruluşun unvanı:					
Adresi:					
Posta kodu:		Semt / İlçe:		Şehir:	
Telefon:		Faks:		E-posta:	
Cihazın / Kaynağın bulunacağı tesisin adı:					
Adresi:					
Posta kodu:		Semt/İlçe:		Şehir:	
Telefon:		Faks:			
1) CİHAZIN / KAYNAĞIN ÖZELLİKLERİ					
<ul style="list-style-type: none">İçerisinde radyoaktif kaynak bulunan cihaz/zırh/düzeneğinin bilgileri girilecek. İçerisinde radyoaktif kaynak bulunmayan dedektör, kumanda-görüntüleme panosu vb. cihaz bilgileri girilmeyecek. Her cihaz için ayrı başvuru formu doldurulacaktır.Cihazda birden fazla kaynak olması durumunda tabloda radyoaktif kaynak alanına sığdırılarak yazılabilir.					
CİHAZ			RADYOAKTİF KAYNAK ** (Var ise)		
Cinsi		Cinsi			
Markası		Markası			
Modeli		Modeli			
Seri numarası		Seri numarası			
Maksimum kapasite * (kV- mA, aktivite)		Fiziksel şekli			
Kullanım amacı		Üretim aktivitesi			
Satın veya devir alındığı Kuruluş adı ve tarihi		Üretim tarihi			
* X-ışını cihazları için kV-mA değerleri, kaynak içeren cihazlar için maksimum aktivite değeri girilecektir. ** Radyoaktif kaynak içeren cihazlar için.					
2) RADYASYON ÖLÇÜM CİHAZLARI* (İyon odası, Geiger-Müller (GM) dedektörü, alan monitörü, vb.)					
<ul style="list-style-type: none">Radyasyon kaynaklarının bulunduğu tesis başına en az 1(bir) adet radyasyon ölçüm cihazı temin edilmesi zorunludur.Elektron demeti kaynak (Electron Beam Welding) makineleri için alan monitörü zorunludur.Kategori I gama ışınlama cihazları için alan monitörü zorunludur.					
Radyasyon ölçüm cihazlarının en az 2 (iki) yılda bir kez kalibrasyonu yaptırılacak ve kalibrasyon belgeleri kuruluşlar tarafından kayıt altına alınacaktır. Kurumca yerinde yapılacak inceleme ve/veya radyasyon güvenliği denetimleri esnasında Kurum görevlilerine sunulacak veya istenmesi halinde Kuruma gönderilecektir.					
	Cihaz Cinsi	Markası	Modeli	Seri No	Kalibrasyon Tarihi* / Geçerlilik süresi
1-					
* Kalibrasyon sertifikasında belirtilen kalibrasyon geçerlilik süresini geçmemiş olmalıdır.					
3) RADYASYON GÜVENLİĞİ DONANIMLARI*					
Işıklı / Sesli uyarı				Mevcut <input type="checkbox"/>	

Cihaz üzerindeki etiketler	Mevcut <input type="checkbox"/>
Cihaz kilidi	Mevcut <input type="checkbox"/>
Güvenlik şeridi	Mevcut <input type="checkbox"/>

* Mevcut ise onay kutusunu işaretleyiniz.

4) KİŞİSEL DOZİMETRE BİLGİLERİ

Dozimetre:

- Elektron demeti kaynak makinesi ile çalışan tüm personelin kişisel dozimetre kullanımı **zorunludur**.
- Kategori I ışınlama cihazlarını kullanan tüm personelin kişisel dozimetre kullanımı **zorunludur**.
- Sabit proses kontrol cihazlarının bulunduğu alanda çalışan personelin kişisel dozimetre kullanımı **zorunlu değildir**.

Çalışma koşulu A'da görev yapan personelin kişisel dozimetre kullanması zorunludur (Bkz. Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği Madde 20 ve 21).

Kişisel dozimetre sadece adına dozimetre başvurusu yapılmış görevli tarafından kullanılabilir.

	Adı- Soyadı	Görevi	Pasif Dozimetre (TLD/ Film/ OSL)	
			Mevcut	Müracaat edildi
1-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Radyasyon görevlilerinin bilgileri yukarıdaki formata uygun olacak şekilde ayrı bir çizelge halinde de gönderilebilir. Çizelge de RKS ve Tesis Sorumlusu tarafından imzalanmalıdır.

Yukarıda belirtilen kuruluş bünyesinde radyasyondan korunma sorumlusu olarak görevlerimi yürürlükteki Radyasyon Güvenliği Tüzüğü ve Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde yerine getireceğimi taahhüt ederim.

RADYASYONDAN KORUNMA SORUMLUSU

Adı-Soyadı:
Mesleği:
T.C. Kimlik no:
Doğum yeri ve tarihi:
Tel iş:
Tel cep:
Tarih:
İmza:

Radyasyon kaynakları ile yapacağım her türlü uygulamada yürürlükteki Radyasyon Güvenliği Tüzüğü ve Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği hükümlerine uyacağımı, aksi takdirde lisansımın iptal edilmesini, genel hukuk esasları dahilinde takibat yapılmasını, oluşabilecek zararları ve tazminat davalarını deruhte edeceğimi Kurumunuza karşı kabul ve taahhüt etmek şartı ile gerekli lisansın verilmesini arz ederim.

TESİS SORUMLUSU

Adı-Soyadı:
Görevi:
T.C. Kimlik no:
Doğum yeri ve tarihi:
Tel iş:
Tel cep:
Tarih:
İmza:

SORUMLU KİŞİLERE İLİŞKİN KİMLİK VE İLETİŞİM BİLGİLERİNİN EKSİK VE BAŞVURU FORMUNUN İMZASIZ OLMASI DURUMUNDA BAŞVURUNUZ EKSİK OLARAK DEĞERLENDİRİLECEKTİR.