

**MINISTERIO DE SALUD.
DIRECCION PROV. DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.
DPTO. HIGIENE Y SEGURIDAD LABORAL .
RADIOFISICA SANITARIA**

SOLICITUD DE AUTORIZACION INDIVIDUAL
Ley Nacional N°17557/67 – Ley Prov. Nro. 4113/84
Declaración Jurada

Datos Personales

Apellido:.....Nombre:.....
 Fecha de Nacimiento.....Nacionalidad:.....
 Domicilio:.....N° ..Piso....Dpto:....Tel.....
 Localidad.....Dpto:.....Provincia.....
 LE/LC/DNI:.....CI :.....Policía:.....

Título Profesional:.....Fecha de Graduación:.....
 Universidad.....Matricula N°

Se solicita Autorización para actuar como Responsable del Uso de Equipo de Rayos X destinado:

Radiografía Profunda Radiodiagnóstico Clínico.....
 Radioterapia DermatológicaRadiodiagnóstico solo como complemento Profesional.....
 Radiodiagnóstico Dental.....Otras Finalidades

Cursos realizados sobre el tema: Radiaciones Ionizantes (Adjuntar Certificaciones).

Fecha	Denominación del curso	Dictado por	Extensión

Experiencia Previa en Trabajos con radiaciones Ionizantes (Adjuntar Certificaciones)

Desde		Hasta		Establecimiento	Dirección	Cargo y/o Tareas
Mes	Año	Mes	Año			

Establecimientos en los que se desempeña actualmente:
