



N° \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA USO DE EQUIPOS  
GENERADORES DE RAYOS X.**

*Según lo establecido en el Capítulo V del Decreto N° 6.320/68, y el Decreto N° 1.648/70 reglamentario de la Ley N° 17.557/67 y Resolución Provincial N° 157/00*

<b><i>DATOS PERSONALES</i></b>							
<b>Apellido:</b>			<b>Fecha de Nacimiento:</b>				
<b>Nombres:</b>			<b>Nacionalidad:</b>				
<b>Tel. y Cel.:</b>			<b>Mail:</b>				
<b>Domicilio:</b>		<b>No.</b>	<b>P.</b>	<b>Dto.</b>	<b>Casa</b>	<b>Mza.</b>	<b>Bk.</b>
<b>Localidad:</b>			<b>Dto.:</b>			<b>Pcia.:</b>	
<b>DNI:</b>			<b>C.I.:</b>				

<b><i>DATOS ACADÉMICOS</i></b>	
<b>Título Profesional:</b>	
<b>Matrícula N°:</b>	<b>Fecha de Graduación:</b>

<b><i>DESTINO</i></b>	
<b><i>Solicita Autorización para actuar como responsable de uso de equipo de Rayos X destinados a:</i></b>	
<input type="checkbox"/> Radiografía Profunda	<input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico solo c/ complemento profesional
<input type="checkbox"/> Radioterapia Dermatológica	<input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico Dental
<input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico Clínico	<input type="checkbox"/> Otras Finalidades

<b><i>CURSOS REALIZADOS: DE RADIACIONES IONIZANTES</i></b>			
<b>Fecha</b>	<b>Denominación del Curso</b>	<b>Dictado Por</b>	<b>Extensión</b>



***EXPERIENCIAS PREVIAS EN RADIACIONES IONIZANTES \****

Desde mm/aaaa	Hasta mm/aaaa	Establecimiento	Dirección	Cargo y/o Tarea

**\*Adjuntar Certificaciones**

***ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:***

Fecha Iniciación	Establecimiento	Dirección	Cargo y/o Tarea

Fecha: .....

Firma y Aclaración: .....