

CODIGO UNICO*	FORMULARIO CAMPO ELECTROMAGNETICO			N° CARPETA*
	FORMULARIO	Cód: F-04-RS	Rev. 01	
(Los datos aquí consignados tienen carácter de declaración jurada)				

DATOS DEL EQUIPO				
UBICACIÓN				
TIPO <i>(marque con un cruz el tipo de equipo)</i>	<input type="checkbox"/>	ABIERTO	<input type="checkbox"/>	CERRADO
MARCA			INTENSIDAD DEL CAMPO MAGNETICO	
MODELO			NUMERO DE SERIE	
RES. DE USO			MATRICULA PROFESIONAL	

HISTORIAL DE HABILITACIONES		
FECHA*	RESPONSABLE HABILITAICION*	OBSERVACIONES*

.....
Firma y sello Responsable de Uso

*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria