

 PROVINCIA DE SANTA FE	FORMULARIO AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO DE EQUIPOS QUE GENERAN RADIACIONES IONIZANTES				CODIGO AUT. INDIVIDUAL:*
	<i>División Radiofísica Sanitaria. Dirección General de Auditoría Médica</i>				
	<i>Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe</i>				
	FORMULARIO	Cód: F-11-RS	Rev. 01	Vigencia: Julio 2020	FECHA:
(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)					

IDENTIFICACION	
FECHA	
APELLIDO/S	
NOMBRE/S	
PROFESIÓN	
Nº DE MATRÍCULA	
DNI	
ESPECIALIDAD	
DOMICILIO PARTIC.	
LOCALIDAD	
CODIGO POSTAL.	
PROVINCIA	
DEPARTAMENTO	
TELEFONO FIJO	
TELEFONO CELULAR	
E-MAIL	
LUGAR Y AÑO DE CURSADO DEL CURSO BASICO DE RADIOFISICA SANITARIA	

Tipo de Autorización Individual:

- ☐ a): RADIOTERAPIA
☐ b): RADIODIAGNOSTICO CLINICO
☐ c): RADIODIAGNOSTICO SOLO COMO COMPLEMENTO PROFESIONAL
☐ d): RADIODIAGNOSTICO DENTAL
☐ d): OTRAS FINALIDADES (ESPECIFIQUE): _____

A este formulario se adjunta la siguiente documentación:

- ☐ COPIA DE DNI
☐ CONSTANCIA DE MATRÍCULA (ORIGINAL) Y ACTUALIZADA CON DETALLE DE ESPECIALIDAD
☐ COPIA DE CURSO BÁSICO

.....
Firma y sello del Solicitante

*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria