

	FORMULARIO AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO DE EQUIPOS QUE GENERAN RADIACIONES UV				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-15-RS	Rev. 01	Vigencia: Sep 2023	FECHA:
<small>(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)</small>					

A este formulario se adjunta la siguiente documentación:

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 RADIOPROTECCIÓN UV	

- COPIA DE DNI
- COPIA DE CURSO BÁSICO DE RADIOPRECCIÓN UV

.....
Firma y sello del Solicitante

**Para ser completado por Radiofísica Sanitaria*