

	FORMULARIO AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO DE EQUIPOS LASER e IPL				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-13-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 DE SEGURIDAD LASER	

Se solicita autorización para actuar como responsable del uso de equipos de laser destinados a:

- a) MEDICINA
- b) ODONTOLOGÍA
- c) KINESIOLOGÍA
- d) OTRAS FINALIDADES (ESPECIFIQUE): _____

A este formulario se adjunta la siguiente documentación:

- COPIA DE DNI
- CONSTANCIA DE MATRÍCULA EN ORIGINAL Y ACTUALIZADA (EN CASO QUE CORRESPONDA) CON DETALLE DE ESPECIALIDAD (EN CASO QUE CORRESPONDA)
- COPIA DE CURSO BIOSEGURIDAD LASER

.....
Firma, Aclaración, DNI y sello del Solicitante

*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria