

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

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