

| | | | | | |
|---|---|-----------------------|---------|-------|----------------------|
|  | FORMULARIO ACELERADOR LINEAL | | | FOLIO | |
| | <i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> SIPROSA | | | | |
| | FORMULARIO | Cód: FE-12-DRS | Rev. 02 | | Vigencia: Julio 2013 |
| | (Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada) | | | | |

Para que la copia sea válida debe llevar el sello "Copia controlada".

EXPEDIENTE: FECHA:/...../.....

Establecimiento:..... N° Asesoramiento:

Ubicación Física del Equipo:.....

| DATOS DEL EQUIPO | | | |
|------------------|--|---------------------|--|
| NOMBRE | | ENERGÍAS ELECTRONES | |
| MARCA | | ENERGÍAS FOTONES | |
| MODELO | | AÑO DE FABRICACIÓN | |
| N° SERIE | | | |

Cantidad de sesiones que realiza por día:

| Responsable de _Uso | | | |
|---------------------|--|---------------|--|
| Apellido | | DNI: | |
| Nombre | | M.P.: | |
| Profesión | | LICENCIA ARN: | |

Licencia Institucional ARN:

| Otros profesionales | | | | |
|---------------------|--------|-----|------|-----------|
| Apellido | Nombre | DNI | M.P. | Profesión |
| | | | | |
| | | | | |

| Personal Técnico | | | | |
|------------------|--------|-----|------|--------|
| Apellido | Nombre | DNI | M.P. | Título |
| | | | | |
| | | | | |

.....
Firma y sello Responsable de Uso