

	<b>FORMULARIO ACELERADOR LINEAL</b>			
	<i>División Radiofísica Sanitaria</i> <i>Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i> <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i> <b>SIPROSA</b>			
	<b>FORMULARIO</b>	<b>Cód: FE-12-DRS</b>	<b>Rev. 03</b>	<b>Vigencia: Julio 2025</b>
	(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b> )			
				Página 1 de 1

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

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