

	<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 2

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

Establecimiento:..... Nº Asesoramiento: .....

Ubicación Física del Equipo:.....

DATOS DEL EQUIPO			
NOMBRE		ENERGÍAS ELECTRONES	
MARCA		ENERGÍAS FOTONES	
MODELO		AÑO DE FABRICACIÓN	
Nº 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".**



## FORMULARIO ACELERADOR LINEAL

*División Radiofísica Sanitaria*  
*Departamento Fiscalización de Servicios de Salud*  
*Dirección General de Fiscalización Sanitaria*  
**SIPROSA**

FORMULARIO | Cód: **FE-12-DRS** | Rev. 03 | Vigencia: Julio 2025

(Los datos aquí consignados tienen carácter de **Declaración Jurada**)

Página 2 de 2

COPIA CONTROLADA