

	Solicitud de Autorización Individual Provincial para el Uso de Equipos que Generan Radiaciones Ionizantes				Trámite N° _____
	<i>División Radiofísica Sanitaria - Departamento Fiscalización de Servicios de Salud</i>				
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria - SIPROSA</i>				
	FORMULARIO	Código: FE-20-DRS	Rev. 01	Abril 2024	
<i>(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)</i>					

FECHA	
APELLIDO/S	
NOMBRE/S	
PROFESIÓN	
Nº DE MATRÍCULA	
DNI	
ESPECIALIDAD	
DOMICILIO PARTIC.	
LOCALIDAD Y C.POSTAL	
TELEF. FIJO Y CEL.	
E- MAIL	
AÑO CURSO BÁSICO	

FIRMA Y SELLO

Para el solicitante

Fecha: -----

En el día de la fecha la DRS recibió de -----

La siguiente documentación:

- ☐ COPIA DE DNI
- ☐ COPIA DE TÍTULO
- ☐ CONSTANCIA DE MATRÍCULA (ACTUALIZADA)
- ☐ COPIA DE ESPECIALIDAD (SÓLO PARA MÉDICOS)
- ☐ COPIA DE CURSO BÁSICO
- ☐ PAGO DE ARANCEL

Trámite N°

Recibido por

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