

	FORMULARIO INSTITUCIÓN				
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i>				
	SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-02-DRS	Rev. 06	Vigencia: Oct 25	
(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)					

Tabla de últimas modificaciones		
Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Se agrega Campo " N° Asesoramiento "	10/12/12
02	Se agrega "Días y" en campo de "Horarios de Atención"	17/07/13
03	Se agrega texto "espacio reserv. DRS , sello DRS, y N° de hojas aprobadas. Formato firma, sello y fecha.	09/12/13
04	Se Cambia Texto "Responsable de la Instalación" por "Responsable de la Institución"	04/08/2021
05	Cambio de logo y aprobación	Jul 25
06	Cambio de logos	Oct 25

Elaboración	Revisión	Aprobó
Aclaración: Fiorella Alarcón	Aclaración: César Cura	Aclaración: Coccioli V
Cargo: Administrativa de DRS	Cargo: Jefe de DRS	Cargo. Directora Gral.

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

	FORMULARIO INSTITUCIÓN				
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i>				
	SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-02-DRS	Rev. 06	Vigencia: Oct 25	
(Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada)					

Página 2 de 2

EXPEDIENTE:

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

Nº Asesoramiento:.....

DATOS DE LA INSTITUCIÓN	
Establecimiento	
Razón Social	
Categoría	
Domicilio	
Localidad:	
Teléfono:	
Fax:	
E Mail:	
Página web:	
Días y Horarios de Atención:	

CARÁCTER DE LA INSTITUCIÓN

☐ PRIVADO
 ☐ NACIONAL
 ☐ PROVINCIAL
 ☐ MUNICIPAL

Otros:.....

RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN (Director - Gerente o propietario)	
Apellido	
Nombre	
DNI	
M.P.	
Profesión	
Función	

FORMULARIO EQUIPOS	CANTIDAD

.....
Firma y sello Responsable de la Institución

(Espacio reservado para ser llenado sólo por personal de la División Radiofísica Sanitaria)

REVISÓ:

Apellido:

Fecha:/...../.....

Nombre:

Nº de hojas aprobadas:.....

.....

Firma y sello

Sello DRS

Documentación completa para ser ingresada en mesa de entrada.

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