

	FORMULARIO TOMOGRAFÍA				 
	<i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i>				
	SIPROSA				
	FORMULARIO	Cód: FE-08-DRS	Rev. 05	Vig.: Oct 25	
(Los datos aquí consignados tienen carácter de DECLARACIÓN JURADA)					Página 1 de 1

EXPEDIENTE:

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

Establecimiento:.....

Nº Asesoramiento:

DATOS DEL EQUIPO	
UBICACIÓN (nombre o Nº de consultorio, piso, local, etc.)	
EQUIPO	TOMÓGRAFO COMPUTADO
TIPO	
MARCA	
MODELO	
Empresa Prestadora de Dosimetría Personal	

Responsable de Uso			
Apellido		DNI	
Nombre		Nº Matrícula Profesional	
Profesión		Nº Autorización Individual	
			Dosímetro __ Sí __ NO

Otros profesionales y personal técnico						
Apellido	Nombre	Profesión	Matrícula Profesional	Autorización Individual	Dosímetro	
					SI	NO

.....
Firma y sello Responsable de Uso

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