

|                                                                                   |                                                                                                                  |                          |                |                     |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|---------------------|----------------------------|
|  | <b>Solicitud de Autorización Individual Provincial para el Uso de Equipos que Generan Radiaciones Ionizantes</b> |                          |                |                     | <b>Trámite N°</b><br><hr/> |
|                                                                                   | <i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria - SIPROSA</i>                                                    |                          |                |                     |                            |
|                                                                                   | <b>FORMULARIO</b>                                                                                                | <b>Código: FE-20-DRS</b> | <b>Rev. 02</b> | <b>Vig.: Oct 25</b> |                            |
|                                                                                   | (Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b> )                                       |                          |                |                     |                            |

|                      |  |
|----------------------|--|
| 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".***