



*Llenar de manera legible y con letra de imprenta*

**El presente documento tiene carácter de declaración jurada y la falta de veracidad será motivo de aplicación de las normas legales vigentes.**

**I. Datos Personales y tipo de licencia solicitada**

Yo, Apellidos.....Nombres: .....  
con DNI..... y domiciliado en: .....  
..... Fecha de nacimiento.../.../.....  
Distrito..... Provincia:..... Región: .....  
Teléfono fijo: ..... Celular:.....  
E-mail : .....

Solicito a la Oficina Técnica de la Autoridad Nacional: *(marcar X)*

- Licencia nueva ( )
- Renovación de Licencia ( ) No. de licencia anterior.....Fecha Vencimiento.../.../.....

como:

Operador ( ) Oficial de Protección Radiológica ( ) Físico médico ( ) Dosimetrista ( ) Supervisor ( )

**Para la(s) siguiente(s) práctica(s):**

**RAYOS X MÉDICO**

- Rayos X Dental ( )
- Rayos X Simple ( ) Densitometría ( ) Veterinario ( )
- Rayos X Especial ( ) : Mamografía, Fluoroscopia, Cardiología, Litotricia, TAC, Intervencionismo

**RADIOTERAPIA**

Teleterapia ( ) Braquiterapia ( ) Braquiterapia superficial ( )

**MEDICINA NUCLEAR ( )**

**RADIOGRAFIA INDUSTRIAL:** Con rayos X ( ) Con fuentes radiactivas ( )

**MEDIDORES NUCLEARES:** Fijos ( ) Portátiles ( )

**PERFILAJE DE POZOS ( )**

**IRRADIADORES INDUSTRIALES:** Panorámico ( ) Autoblindado ( )

**OTROS USOS:**

- Manipulación y producción de radioisótopos ( )
- Manipulación de Fuentes Radiactivas para investigación ( ) Detallar.....
- Rayos X No Médico ( )
- Otros usos con fuentes de radiaciones ( ) Detallar.....

**MANTENIMIENTO:**

- Rayos X ( ) Fuentes Intensas<sup>(\*)</sup>( ) Medidores Nucleares( ) Equipos con fuentes abiertas ( )
- Otros ( ) Detallar:.....

**(\*)Irradiadores, cobaltoterapia, aceleradores, plantas de producción y similares.**

**SERVICIOS**

- Calibración de equipos y haces de radiaciones ( )
- Control de calidad de: Rayos X ( ) Medicina Nuclear( )
- Control operativo ( ) Detallar.....
- Transporte ( )
- Importación y venta de material radiactivo ( ) Detallar.....

**II. Indicar los tipos de fuentes con que trabajará y las actividades que desarrollará**

Actividades típicas que desarrollará y fuentes que utilizará: .....
.....
.....



III. Formación: Profesional( ) Técnico( ) Otro( ) .....

Título/Bachiller/ Certificado/Diploma obtenido	Entidad	Duración de estudios	Lugar

IV. Experiencia.

El suscrito declara que tiene experiencia de .....años.....meses ..... horas en la práctica para la cual solicita la licencia, en los siguientes lugares:

	Empresa o entidad o consultorio	Fecha (Desde / Hasta)	Persona de referencia		¿Utilizaba dosímetro?
			Nombre completo	Teléfono	
1					Si ( )No ( )
2					Si ( )No ( )
3					Si ( )No ( )
4					Si ( )No ( )

V. Firma.

Firma del Solicitante ..... Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre:.....

Los datos proporcionados tienen carácter de declaración jurada sujetos a verificación posterior de conformidad con el Artículo 32° de la Ley 27444.