



Expediente No.: \_\_\_\_\_

*Llenar el formulario de solicitud y presentarlo debidamente firmado a la OTAN.*

1. **Tipo de trámite:**

Licencia Nueva

Modificación de licencia No.: \_\_\_\_\_

2. **Datos del solicitante:**

Nombre/Razón social \_\_\_\_\_

Representante legal \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Domicilio legal:

Dirección \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Horario de atención \_\_\_\_\_

3. **Ubicación de la instalación donde las fuentes serán usadas (si fuera diferente al domicilio legal):**

Dirección \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Región \_\_\_\_\_

4. **Recibo a emitir:**

Boleta  Factura  RUC \_\_\_\_\_ Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

5. **Solicita licencia de operación según lo dispuesto en el Reglamento de la Ley 28028, D. S. No. 041-2003-EM con los siguientes equipos: (Marque una X a la izquierda)**

USO	Número de Equipos
<input type="checkbox"/> Periapical	
<input type="checkbox"/> Panorámico	
<input type="checkbox"/> Cefalométrico y panorámico	

USO	Número de equipos
<input type="checkbox"/> Tomografía dental	
<input type="checkbox"/> Otro:	

Expediente No: \_\_\_\_\_

**ANEXO I**

**DETALLES DEL EQUIPO DE RAYOS X A LICENCIAR**

( Llenar por cada equipo )

**1. Responsable y operadores del equipo:**

Responsable del equipo o servicio \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Teléfono/Cel \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos	Profesión o cargo <sup>(a)</sup>	Nº de licencia individual

(a) odontólogo, asistente dental, otros.

(b) Marcar con una X la que corresponda.

**2. Datos del equipo:**

Aplicación	<input type="checkbox"/> Periapical	<input type="checkbox"/> Panorámico	<input type="checkbox"/> Cefalométrico
	<input type="checkbox"/> Tomografía		
Tipo	<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Rodante	<input type="checkbox"/> Portátil
Piso	Sala		
	CONSOLA <sup>(a)</sup>	TUBO 1	TUBO 2
Marca			
Modelo			
No. Serie			
kVp máximo			
mA o mAs máximo			
Antigüedad			
Año de instalación			

(a) Si no se cuenta con los datos de la consola, anotar los del cabezal.

**3. Carga de trabajo para el tubo 1:**

Pacientes/semana: \_\_\_\_\_

**Carga de trabajo para el tubo 2:**

Pacientes/semana: \_\_\_\_\_

**4. Medios de protección:**

a. Para el operador:

Barrera fija con visor, material de la barrera: \_\_\_\_\_ Espesor: \_\_\_\_\_ cm

Biombo con visor, espesor del plomo: \_\_\_\_\_ mm  Biombo sin visor

Tipo de visor:  Vidrio plomado  Vidrio común  Otro: \_\_\_\_\_

Dimensión del visor: \_\_\_\_\_ cm x \_\_\_\_\_ cm, espesor: \_\_\_\_\_ mm

Otro medio de visualización:  Espejo  Cámara Video

Mandil protector, cantidad: \_\_\_\_\_ Longitud del cable de disparo es (m): \_\_\_\_\_

b. Para el paciente:

Mandil sin collarín

Mandil con collarín

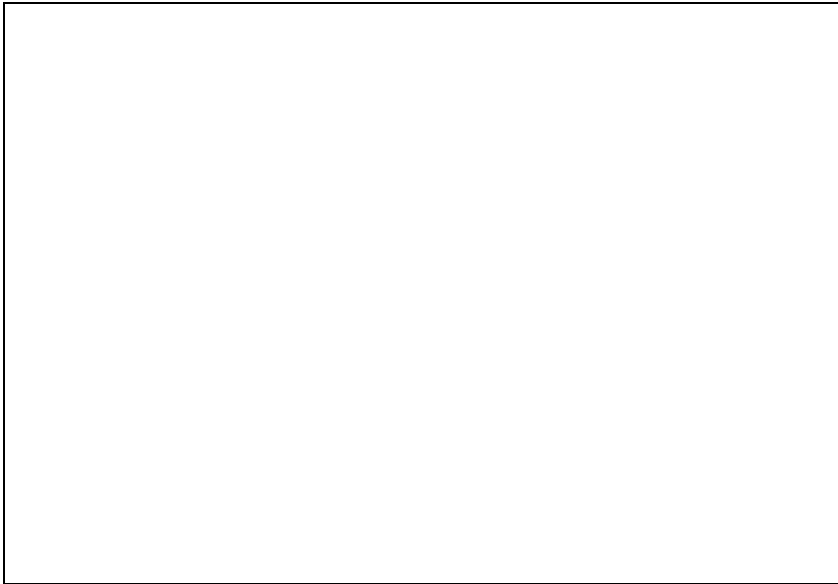
c. Para el acompañante:

Mandil, cantidad: \_\_\_\_\_

Expediente No: \_\_\_\_\_

**5. Datos del ambiente de uso del equipo:**

Diagramar el ambiente donde se va a utilizar el equipo declarado, señalando la ubicación del equipo y de la sala de comando. Dimensiones de la sala: Largo: \_\_\_\_\_m Ancho \_\_\_\_\_m Altura: \_\_\_\_\_m. Adjuntar fotografía del ambiente (opcional).



Señalar en el diagrama las paredes A, B, C y D.

BARRERAS	MATERIAL		BLINDAJE ADICIONAL		Area Adyacente
	Ladrillo, concreto, madera, drywall, vidrio, otros.	Espesor (cm)	Plomo, Baritina, fierro	Espesor (mm)	
Pared A					
Pared B					
Pared C					
Pared D					
Puerta					
Techo					
Piso					

**6. Firma del representante legal o persona autorizada:** Los datos proporcionados tienen carácter de declaración jurada sujetos a verificación posterior de conformidad con el Artículo 32° de la Ley 27444.

Firma: \_\_\_\_\_ Documento de identidad (DNI u otro) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_