



## DESIGNACIÓN DE ESPECIALISTA EN FÍSICA MÉDICA EN MEDICINA NUCLEAR Y ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN

### 1. Datos del Titular de la/s Licencias de Operación

Nombre y Apellido, razón social o denominación del centro, servicio, sala, etc:

### 2. Datos del Especialista designado

Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	DNI, LE o LC:	C.I.:	Expedida por:
Profesión:		Permiso Individual N°:	
Domicilio Legal – Calle:			Nro.:
Piso:	Dpto:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	
Domicilio Real – Calle:			Nro.:
Piso:	Dpto:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	

### 3. Licencias de Operación para las que ha sido designado como Especialista

Licencia de Operación N°	Propósito de Uso

### 4. Ubicación de la Instalación

Domicilio, Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto:
Localidad:		Provincia:		
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	Horario de trabajo de la Instalación:	

### 5. Horario de trabajo y días de presencia, y función que desempeña en la instalación donde trabaja (incluyendo la instalación donde acepta la responsabilidad)

Instalación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Función

Continúa al dorso

## 6. Designación del especialista

El/la que suscribe, en su carácter de Representante Legal del Titular indicado en el punto 1, declara bajo juramento que designa como Especialista en Física Médica en Medicina Nuclear de la instalación indicada en el punto 4, y para las Licencias de Operación indicadas en el punto 3, a la persona consignada en el punto 2, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del titular de las Licencias de Operación respectivas.

Lugar y fecha:

Nombre y Apellido:

Firma:

---

## 7. Aceptación de designación

El que suscribe, cuyos datos personales están consignados en el punto 2, titular del permiso individual indicado en el mencionado punto 2, acepta la designación en carácter de Especialista en Física Médica en Medicina Nuclear de la instalación indicada en el punto 4 y para las Licencias de Operación indicadas en el punto 3, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del Titular de las Licencias de Operación respectivas. Asimismo, declara bajo juramento que los datos y la información consignados en el presente formulario son verdaderos y correctos, que conoce las reglamentaciones aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato a la Autoridad Regulatoria Nuclear todo cambio que se produzca respecto de los mismos y respecto del ejercicio efectivo de su función de Especialista en Física Médica en Medicina Nuclear.

Lugar y fecha:

Nombre y Apellido:

Firma:

---

## Instrucciones

Utilizar hojas adicionales si el lugar disponible en cada punto no es suficiente y firmarlas por el Representante Legal del Titular de la Licencia de Operación y el Especialista en Física Médica en Medicina Nuclear  
AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR Avda. del Libertador 8250 1429- Ciudad de Buenos Aires -Oficina 317  
Horario de atención: 9:00-15:00 +Tel.: (011) 6323-1756/1303 - Fax.: (011) 6323-1771/1798-  
[http// www.arn.gov.ar](http://www.arn.gov.ar) E-Mail: [arn@sede.arn.gov.ar](mailto:arn@sede.arn.gov.ar)