



Autoridad Regulatoria Nuclear

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

F-APMED-01 R00 Vigencia: 26/07/2018

NÓMINA DEL PERSONAL DE RADIOTERAPIA

Hoja/.....

Completar todos los datos requeridos. Tachar lo que no corresponda. Utilizar tantas hojas como sean necesarias. Se debe imprimir a doble faz

TITULAR DE LICENCIA/S DE OPERACIÓN: (completar)								
EMPRESA PROVEEDORA DE LA DOSIMETRÍA PERSONAL: (completar)								
APELLIDO	NOMBRE	DNI y Nº de Permiso individual	POSICIÓN LABORAL	CUENTA CON DOSIMETRÍA PERSONAL DE CUERPO ENTERO	CUENTA CON DOSIMETRÍA PERSONAL DE EXTREMIDADES	HORARIOS DE TRABAJO		FIRMA
						Día	Colocar franja horaria	
			/médico <input type="checkbox"/>	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	LU		
			/ físico <input type="checkbox"/>			MA		
			/ técnico operador <input type="checkbox"/>			MI		
			/ técnico dosimetrista <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO*:	FECHA DE INICIO:	JU		
			/ otro (indicar) <input type="checkbox"/>	FECHA DE FIN:	FECHA DE FIN:	VI		
						SA		
			/médico <input type="checkbox"/>	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	LU		
			/ físico <input type="checkbox"/>			MA		
			/ técnico operador <input type="checkbox"/>			MI		
			/ técnico dosimetrista <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO:	FECHA DE INICIO:	JU		
			/ otro (indicar) <input type="checkbox"/>	FECHA DE FIN:	FECHA DE FIN:	VI		
						SA		
			DO					



Autoridad Regulatoria Nuclear

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

F-APMED-01 R00 Vigencia: 26/07/2018

			/médico <input type="checkbox"/>	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	LU	
			/ físico <input type="checkbox"/>			MA	
			/ técnico operador <input type="checkbox"/>			MI	
			/ técnico dosimetrista <input type="checkbox"/>			JU	
			/ otro (indicar) <input type="checkbox"/>			VI	
						SA	
				FECHA DE INICIO*:	FECHA DE INICIO:	DO	
				FECHA DE FIN:	FECHA DE FIN:	SA	
						VI	
						JU	
						MI	
						MA	

*FECHA DE INICIO/FECHA DE FIN: En el primer envío deberá completarse sólo la fecha de inicio de la vigilancia individual, en envíos subsiguientes deberá completarse sólo en el caso de que se deban informar las altas y bajas de un período anual.

Los / las que subscriben, declaran bajo juramento que los datos y la información consignados en la presente son verdaderos y correctos, que conoce las reglamentaciones aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato todo cambio que se produzca respecto de los mismos.

Firma y Aclaración del Representante Legal

Firma y Aclaración del Responsable por la seguridad Radiológica

Fecha: / /

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR
Av. del Libertador 8250 – Of. 313– (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires
Tel.: (011)-6323-1754/1738; Fax: (011)-6323-1771/78
Horario de atención: 9 A 17 hs.
Web: www.arn.gob.ar - E-mail: arn@arn.gob.ar