



*Autoridad Regulatoria Nuclear*

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

F-APMED-02 R01 Vigencia: 26/07/2018

### NÓMINA DEL PERSONAL DE MEDICINA NUCLEAR

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

Hoja ...../.....

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/Nº IDENT. DOSÍMETRO/FECHA DE INICIO/FECHA DE FIN*	CUENTA CON DOSIMETRÍA PERSONAL DE EXTREMIDADES/Nº IDENT. DOSÍMETRO/FECHA DE INICIO/FECHA DE FIN*	HORARIOS DE TRABAJO		Firma
						Día	Colocar franja horaria	
			Administrativo <input type="checkbox"/> /técnico <input type="checkbox"/> /médico <input type="checkbox"/> /otro (indicar) <input type="checkbox"/>	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO  FECHA DE INICIO: FECHA DE FIN:	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO  FECHA DE INICIO: FECHA DE FIN:	LU MA MI JU VI SA DO		
			Administrativo <input type="checkbox"/> /técnico <input type="checkbox"/> /médico <input type="checkbox"/> /otro (indicar) <input type="checkbox"/>	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO  FECHA DE INICIO: FECHA DE FIN:	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO  FECHA DE INICIO: FECHA DE FIN:	LU MA MI JU VI SA DO		



# Autoridad Regulatoria Nuclear

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

F-APMED-02 R01 Vigencia: 26/07/2018

APELLIDO	NOMBRE	DNI y Nº de Permiso individual	POSICIÓN LABORAL	CUENTA CON DOSIMETRÍA PERSONAL DE CUERPO ENTERO/Nº IDENT. DOSÍMETRO/FECHA DE INICIO/FECHA DE FIN*	CUENTA CON DOSIMETRÍA PERSONAL DE EXTREMIDADES/Nº IDENT. DOSÍMETRO/FECHA DE INICIO/FECHA DE FIN*	HORARIOS DE TRABAJO		Firma
						Día	Colocar franja horaria	
			Administrativo <input type="checkbox"/>	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	LU		
			/técnico <input type="checkbox"/>			MA		
			/médico <input type="checkbox"/>	MI				
			/otro (indicar) <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO:	FECHA DE INICIO:	JU		
				FECHA DE FIN:	FECHA DE FIN:	VI		
						SA		
						DO		
			Administrativo <input type="checkbox"/>	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	Nº DE IDENT. DOSÍMETRO	LU		
			/técnico <input type="checkbox"/>			MA		
			/médico <input type="checkbox"/>	MI				
			/otro (indicar) <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO:	FECHA DE INICIO:	JU		
				FECHA DE FIN:	FECHA DE FIN:	VI		
						SA		
						DO		

\*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, en cumplimiento del criterio 76 g) de la norma AR 8.2.4 Rev. 1.

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 Aclaración del Responsable por la seguridad Radiológica

Fecha: / /

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR  
Av. del Libertador 8250 – Of. 314– (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires  
Tel.: (011)-6323-1303/1756; Fax: (011)-6323-1771/98  
Horario de atención: 9 A 17hs.  
Web: [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - E-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)