# Declaración Jurada de Inventario Radiactivo para Aplicaciones Médicas

# Se debe imprimir a doble faz

**Nombre de la instalación:**...................................................................................................................................................... **Fecha:** ...... /...... /........

**Licencia/s de Operación N°:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | **Marca** | **N° de Serie** | **Radioisótopo** | **Forma Física** | **Actividad** (en múltiplos o submúltiplos de Bq o Ci) | **Fecha de Calibración** | **En uso** | Observaciones/ Denominación o identificación de uso interno |
| **Si** | **No** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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**

**AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR**

**Av. del Libertador 8250 – Of. 313/314– (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires**

**Tel.: (011)-6323-1754/1758; Fax: (011)-6323-1771/98**

**Horario de atención: 9 a 17 hs.**

**Web:** [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) **- E-mail:** arn@arn.gob.ar