



Autoridad Regulatoria Nuclear

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD

1. Datos del solicitante de la/s Autorización/es de Operación

Apellido y Nombre, Razón Social o Denominación Social:

2. Datos del Responsable por la seguridad radiológica con permiso individual

Apellido y Nombre:			
Fecha de Nacimiento:	DNI, LE o LC:	CUIT/CUIL	
Profesión:	Permisos individuales N°:		
Dirección de Correo Electrónico:			
Domicilio Legal (En este domicilio se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales)			
Calle:			Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:		Teléfono:	Fax:
Domicilio Real – Calle:			Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:		Teléfono:	Fax:

3. Ubicación de la instalación o lugar habitual de las prácticas

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

4. Horario de trabajo y días de presencia, y función que desempeña en las instalaciones donde trabaja (incluyendo la instalación donde acepta la responsabilidad por la seguridad radiológica)

Instalación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Función

5. Nombre y Apellido de los médicos autorizados para cubrir todo el horario de atención a pacientes, en la instalación donde acepta la responsabilidad (este punto es solo para las aplicaciones médicas).

Apellido y Nombre	Permisos individuales N°

6. Materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes y propósito de uso, para los cuales ha sido designado Responsable por la seguridad radiológica.

Isótopo	Forma física o equipo	Energía, potencial acelerador, actividad o rendimiento máximos				Propósito de uso
		eV	V	Bq	Gym ² /h	

7. Aceptación de la responsabilidad

El que suscribe, cuyos datos personales están consignados en el punto 2, titular del/los permiso/s individual/es indicados en el mencionado punto 2, acepta la designación en carácter de Responsable por la Seguridad Radiológica de la instalación indicada en el punto 1 para el lugar de las prácticas indicadas en el punto 3 y para los materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes y propósito de uso indicados en el punto 6, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del Titular de la Autorización de Operación respectiva. 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 Responsable por la seguridad radiológica.

Lugar y fecha:

Nombre y Apellido: Firma:

Instrucciones: Utilice hojas adicionales si el lugar disponible en cada punto no es suficiente y envíe este formulario a la **AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR**.

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR
 Av. del Libertador 8250 – Ofic. 317 – (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires
 Tel.: (011)-6323-1356/1355; 0-800-555-1489; Fax: (011)-6323-1771/1798
 Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs
 Web: www.arn.gob.ar - E-mail: arn@arn.gob.ar