



Autoridad Regulatoria Nuclear

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

DESIGNACIÓN DE ESPECIALISTA EN FÍSICA DE LA RADIOTERAPIA Y ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN

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

Apellido y Nombre, Razón Social o Denominación Social:

2. Datos del Especialista en Física de la Radioterapia designado

Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	DNI,LE o LC:	CUIT/CUIL	
Profesión:	Permiso individual N°:		
Dirección de Correo Electrónico:			
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. Autorización/es de Operación para la(s) que ha sido designado como Especialista en Física de la Radioterapia

Autorización 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 las instalaciones donde trabaja (incluyendo la instalación donde acepta la responsabilidad)

Instalación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Función

6. Nombre y Apellido del/os Técnicos en Física de la Radioterapia que lo secundará/n en la instalación donde acepta la designación

Nombre y Apellido	Permiso individual N°

7. Designación del Especialista en Física de la Radioterapia

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 de la Radioterapia de la instalación indicada en el punto **4**, y para las Autorizaciones 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 Autorizaciones de Operación respectivas.

Lugar y fecha

Nombre y Apellido

Firma

8. 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 de la Radioterapia de la instalación indicada en el punto **4** y para las Autorizaciones de Operación indicadas en el punto **3**, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del Titular de las Autorizaciones 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 de la Radioterapia.

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:

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 Atención de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs
Web: www.arn.gob.ar - E-mail: arn@arn.gob.ar