



*Autoridad Regulatoria Nuclear*

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

## INFORME DEL PRECEPTOR TECNICO EN MEDICINA NUCLEAR

Declaro                    bajo                    juramento                    que                    el/la                    Sr./Sra.

.....  
DNI N° ..... ha cumplido con la práctica requerida por la Autoridad Regulatoria Nuclear en un plazo total de ..... horas desde el día ...../...../..... hasta el día ...../...../....., en las instalaciones de ..... situada en ..... de la ciudad de ..... provincia de .....

Dejo constancia que el/la preceptuado/a ha obtenido una adecuada formación, que le permitirá realizar trabajos relacionados con Medicina Nuclear, bajo supervisión de un médico responsable.

El juicio emitido por el suscripto se fundamenta en las consideraciones siguientes:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....(\*)

..... de ..... de 20.....

.....  
Firma del Preceptor

.....  
Aclaración

(\*) Este espacio no debe quedar nunca en blanco

**AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR –**  
AV. DEL LIBERTADOR 8250 – OFIC. 303 – (1429) Ciudad de Buenos Aires;  
Tel.: 54-11-6323-1355/6, Fax: 54-11-6323-1771/1798 – 0-800-555-1489.  
Horario de atención: 9:00 a 15:00.- [http: www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - e-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)