



## Centro Regional de Referencia para Dosimetría (CRRD)

### Formulario para solicitar las irradiaciones calibradas de dosímetros

A completar por el CRRD	Fecha:		IRRCAL:	
-------------------------	--------	--	---------	--

Completar todos los campos obligatorios (\*).

#### \*A. Datos para el Certificado

Nombre:					
Dirección:					
Número:		Piso:		Departamento:	
Ciudad:				Código Postal:	
Provincia:				País:	

#### \*B. Datos para la Facturación

Razón Social:	
N° de CUIT:	

#### \*C. Datos de la persona de contacto

Nombre y apellido:			
Teléfono:		Interno:	
WhatsApp:		e-mail:	

#### \*D. Información de los dosímetros a irradiar

Dosímetros		Tipo		Dimensiones /mm		
Ambientales		TLD			x	
		FILM			x	
Personales		OSL			x	
		Otros			x	

Otros:	
--------	--



**\*E. Trabajo requerido**

1) Kerma en aire ( $K_{\text{aire}}$ ) en unidades de mGy – Irradiación en aire libre.

$^{137}\text{Cs}$												
Cantidad de dosímetros												

$^{60}\text{Co}$												
Cantidad de dosímetros												

2) Dosis equivalente personal ( $H_p(10)$ ) en unidades de mSv – Irradiación con “fantoma” ISO de torso.

$^{137}\text{Cs}$												
Cantidad de dosímetros												

$^{60}\text{Co}$												
Cantidad de dosímetros												

3) Cantidad de dosímetros empleados como testigos:

**Importante:** Verifique que la información solicitada en los campos obligatorios esté completa, de lo contrario esta solicitud será rechazada.

Sólo se aceptarán formularios completados en forma digital.

Enviar este formulario completo haciendo click en el e-mail [crrd.radioproteccion@gmail.com](mailto:crrd.radioproteccion@gmail.com)