

Presentar este formulario de solicitud a la OTAN, conjuntamente con los otros requisitos del TUPA.

Licencia nueva

Llenar las secciones 1 a 5 del formulario y firmarlo.

Revalidación de licencia

n.º de licencia:
Llenar solo las secciones 1 y 6 del formulario, y firmar.
(Si actualiza datos llene también las secciones correspondientes)

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Apellidos: Nombres:

DNI Nro.: Dirección de correo electrónico:

Dirección: Distrito:

Provincia: Región:

Teléfono fijo: Teléfono móvil:

2. TIPO DE LICENCIA A SOLICITAR

(Indicar el tipo de licencia individual y luego la práctica para la cual solicita la licencia)

Tipo de licencia:	Práctica:
Operador <input type="checkbox"/>	Teleterapia <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Manipulación y producción de radioisótopos: <input type="checkbox"/> Fabricación de fuentes de radiación: <input type="checkbox"/> Gestión de desechos radiactivos: <input type="checkbox"/> Irradiador autoblandado <input type="checkbox"/> Irradiador panorámico <input type="checkbox"/> Radiografía industrial: <input type="checkbox"/> Medidores portátiles: <input type="checkbox"/> Perfilaje de pozos: <input type="checkbox"/> Minería de uranio (laboratorio o planta experimental): <input type="checkbox"/> Medicina nuclear: <input type="checkbox"/> Rayos X dental: <input type="checkbox"/> Diagnóstico veterinario con rayos X: <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico con rayos X: <input type="checkbox"/> Indicar: Densitometría ósea: <input type="checkbox"/> Radiografía general: <input type="checkbox"/> Rayos X especial: <input type="checkbox"/> (Mamografía, cardiología, litoricia, intervencionismo, TAC) Manipulación de fuentes en: Investigación y enseñanza con fuentes Radiactivas (actividad mayor a 185 MBq) <input type="checkbox"/> Trazadores radiactivos <input type="checkbox"/> Análisis por activación neutrónica <input type="checkbox"/> Vigilancia y control de objetos con aceleradores y/o material radiactivo <input type="checkbox"/>
Oficial de protección radiológica <input type="checkbox"/>	Teleterapia <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Medicina nuclear: <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico con rayos X: <input type="checkbox"/> Producción de radioisótopos: <input type="checkbox"/> Fabricación de fuentes de radiación: <input type="checkbox"/> Gestión de desechos radiactivos: <input type="checkbox"/> Irradiador autoblandado <input type="checkbox"/> Irradiador panorámico <input type="checkbox"/> Radiografía industrial: <input type="checkbox"/> Medidores portátiles: <input type="checkbox"/> Perfilaje de pozos: <input type="checkbox"/> Minería de uranio (laboratorio o planta experimental): <input type="checkbox"/>
Servicios <input type="checkbox"/>	Instalación, mantenimiento y reparación de fuentes de radiación ionizante: <input type="checkbox"/> (especificar las fuentes) Equipos de rayos X médico <input type="checkbox"/> Medidores nucleares <input type="checkbox"/> Equipos con fuentes abiertas <input type="checkbox"/> Fuentes intensas <input type="checkbox"/> (irradiadores, cobaltoterapia, aceleradores, plantas de producción y otras) Control de calidad de equipos de rayos X médico y dental <input type="checkbox"/> Control de calidad en medicina nuclear <input type="checkbox"/> Calibración de equipos y haces de radiación <input type="checkbox"/> Control operativo <input type="checkbox"/> (especificar tipo de fuentes con que tratará):
Físico médico <input type="checkbox"/>	Teleterapia <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/> Diagnóstico médico con rayos X <input type="checkbox"/> Medicina nuclear <input type="checkbox"/>
Dosimetrista <input type="checkbox"/>	Teleterapia <input type="checkbox"/> Braquiterapia <input type="checkbox"/>

3. INDICAR LOS TIPOS DE FUENTES CON QUE TRABAJARÁ Y LAS FUNCIONES QUE DESARROLLARÁ:

.....

4. FORMACIÓN BÁSICA: Profesional Técnico Otro

Título/Bachiller/ Certificado/Diploma obtenido	Entidad	Duración de estudios	Lugar

5. EXPERIENCIA:

El suscrito declara que tiene experiencia/entrenamiento de..... años..... meses..... horas en la práctica para la cual solicita la licencia, en los siguientes lugares:

Nro.	Empresa, entidad o consultorio	Fecha (Desde/hasta)	Persona de referencia		¿Utilizaba dosímetro?
			Nombre completo	Teléfono	
1					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

La(s) tarea(s) específica(s) desarrollada(s) en su experiencia o entrenamiento son:

- (a)
- (b)
- (c)
- (d)

6. INFORMACION SOBRE LAS LABORES REALIZADAS EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS:

Nro.	Funciones realizadas	Empresa, entidad o consultorio	Datos de la empresa, entidad o consultorio		Desde / hasta
			Dirección	Teléfono	
1					
2					
3					

Firma del solicitante.....

Nombre y apellidos:

Lugar y fecha:

Los datos proporcionados en esta solicitud y los Anexos adjuntos tienen carácter de declaración jurada y están sujetos a la aplicación del Artículo 32 de la Ley 27444.