N° de expediente (control interno): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOTIFICACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE FUENTES DE RADIACIÓN IONIZANTE** | | | | | | | | | | |
| * Completar el formulario y devolverlo debidamente firmado a la Autoridad Reguladora Radiológica Nuclear – ARRN. * Si no basta con el espacio para algún campo, adjúntese las hojas complementarias que sean necesarias. * Acompaña al formulario el Instructivo Nº 001 | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Persona Física o de la Persona Jurídica : | | | | | | | | | C.I: | |
| Nombre Comercial (si corresponde): | | | | | | | | | | |
| Número de RUC: | | | | | | | | | | |
| Nombre del Representante Legal de la Persona Jurídica: | | | | | | | | | | |
| **Domicilio legal:** válido para todas las notificaciones | | | | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | Número: | | | | |
| Ciudad: | | | | | | Departamento: | | | | |
| Teléfono: | | | | | | Fax: | | | | |
| Código postal: | | | | | | Correo electrónico | | | | |
| **Domicilio donde se realizan las prácticas:** | | | | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | Número: | | | | |
| Ciudad: | | | | | | Departamento: | | | | |
| Teléfono: | | | | | | Fax: | | | | |
| Código postal: | | | | | |  | | | | |
| 1. **ÁMBITO Y FINALIDAD DE LA PRÁCTICA** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **FUENTES RADIACTIVAS** | | | | | | | | | | |
| **Radionúclido**  **(ejemplo Ir-192)** | **Forma (sellada, no sellada, sólido, líquido, gas, etc.)** | | | **Fabricante** | | | **Actividad Inicial**  **(Bq(Ci))** | | | **Fecha de Actividad Inicial** |
|  |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | |  | | |  |
| 1. **EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES** | | | | | | | | | | |
| **Tipo de equipo** | | | **Fabricante** | | **Modelo**  **Número de Serie** | | | **Potencia máxima**  **(ejemplo, kVp, mAs, radiográficos)** | | |
| **KVp** | | **mA** |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  | | |  | |  |
| 1. **DECLARACIÓN.** Todo lo manifestado en el presente formulario tiene carácter de declaración jurada, en pleno conocimiento de la Ley Nº 5169/14 y demás disposiciones vigentes. El solicitante se compromete a notificar cualquier cambio en la información declarada. Todas las hojas del presente formulario deben estar firmadas. | | | | | | | | | | |
| **Firma y sello:** | | | | | | | | | | |
| **Aclaración:** | | | | | | | | | | |
| **Lugar y fecha:** | |  | | | | | | | | |

Numero de hojas entregadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_