|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de Expediente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORIZACION DE OPERACIÓN DE FUENTES DE RADIACION IONIZANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Completar el formulario y devolverlo debidamente firmado a la ARRN. * Si no basta con el espacio para algún rubro, adjúntese las hojas complementarias que sean necesarias. * Al final se adjuntan las directrices para completar la solicitud y la documentación a presentar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA SOLICITANTE (PERSONA FÍSICA O JURÍDICA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre (si se trata de Persona física): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón Social (si se trata de Persona jurídica): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre Comercial (si corresponde): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de RUC: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Domicilio legal (En este domicilio se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | | Número: | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | | | | | Departamento: | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | | Fax: | | | | | | | | | | | | |
| Código postal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Domicilio y localización exacta de la instalación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | | Número: | | | | | | | | | | | | |
| Piso: | | | | | | | Sector: | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | | | | | Departamento: | | | | | | | | | | | | |
| Código postal: | | | | | | | Autorizaciones previas, Nº: | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono, interno: | | | | | | | Fax: | | | | | | | | | | | | |
| Horario de trabajo: | | | | | | | Comentario: | | | | | | | | | | | | |
| **Datos del Representante legal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C.I: | | | | | | | | Teléfono: | | | | | | | | | | | |
| Fax: | | | | | | | | e-mail: | | | | | | | | | | | |
| 1. **ÁMBITO Y FINALIDAD DE LA PRÁCTICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **MATERIALES RADIOACTIVOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Isótopo** | **Forma física, química**  (No sellada, sellada, sólido, líquido, gas, etc.) | | | **Actividad o rendimiento máximo** | | | | | | | | **Fecha1** | | **Si la fuente está encerrada en un dispositivo** | | | | | |
| **Bq(Ci)** | | **Gym2/h** | | | | | | **Fabricante** | | | **Modelo** | | **N° Serie** |
|  |  | | |  | |  | | | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | | | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | | | | | |  | |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  | | | | | |  | |  | | |  | |  |
| 1 Para las fuentes selladas, indíquese la fecha a la que se aplica la actividad.  Adjunto con el formulario de solicitud enviar copia de la documentación con las especificaciones técnicas que respalden lo declarado en la tabla anterior. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES**   (Por ejemplo, equipo de rayos X, aceleradores, tomógrafos…) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de equipo** | | | **Fabricante** | | **Modelo** | | | | **N° Serie** | | | | **Potencia máxima** | | | | | | |
| **eV** | | | **kVp** | | **mA** | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | |
| Adjunto con el formulario de solicitud se debe enviar copia de la documentación con las especificaciones técnicas que respalden lo declarado en la tabla anterior. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proposición de la persona que será el Oficial de Protección Radiológica de la institución o de la práctica objeto de la presente solicitud, sin perjuicio ni desmedro de la Responsabilidad del Titular de la Autorización.  La designación deberá ser hecha de conformidad con la persona que actuará como Oficial por la Protección Radiológica.  El responsable deberá poseer la autorización individual de la ARRN. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres: | | | | | | | | | | Apellidos: | | | | | | | | | |
| Cédula de identidad: | | | | | | | | | | Profesión: | | | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | | | | | Número: | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | | | | | | | | Departamento: | | | | | | | | | |
| Código Postal: | | | | | | | | | | Teléfono/Fax: | | | | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | Autorización Individual N°: | | | | | | | | | |
| 1. **RESPONSABLE POR LA SEGURIDAD FÍSICA (puede ser el Oficial de protección radiológica si corresponde)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres: | | | | | | | | | | Apellidos: | | | | | | | | | |
| Cédula de identidad: | | | | | | | | | | Profesión: | | | | | | | | | |
| Calle: | | | | | | | | | | Número: | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | | | | | | | | | Departamento: | | | | | | | | | |
| Código Postal: | | | | | | | | | | Teléfono/Fax: | | | | | | | | | |
| e-mail: | | | | | | | | | | Autorización Individual N°: | | | | | | | | | |
| 1. **ESPECIALISTAS QUE TRABAJARÁN CON LAS FUENTES DE RADIACIONES IONIZANTES.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido: | | | | | | | | | | | Profesión: | | | | | | | | |
| Cédula de identidad: | | | | | | | | | | | Autorización Individual N°: | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido: | | | | | | | | | | | Profesión: | | | | | | | | |
| Cédula de identidad: | | | | | | | | | | | Autorización Individual N°: | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido: | | | | | | | | | | | Profesión: | | | | | | | | |
| Cédula de identidad: | | | | | | | | | | | Autorización Individual N°: | | | | | | | | |
| 1. **DETECTORES PORTÁTILES DE RADIACIÓN (vigilancia ambiental)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cantidad** | | **Marca y Modelo** | | | | | | | | | | | | | **Tipo de Radiación Detectada** | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 1. **MÉTODO A UTILIZAR PARA LA GESTIÓN DE LOS DESECHOS RADIACTIVOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **INSTALACIONES Y EQUIPOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ver “INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO” al final de este formulario. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DECLARACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

El/la que suscribe, en su carácter de Representante Legal, declara que los datos y la información en la presente solicitud y sus hojas adicionales son verdaderos y correctos, que conoce las reglamentaciones y normativas aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato todo cambio que se produzca respecto de los mismos.

**Lugar y Fecha:**

**Nombre y Apellido: Firma:**

**Número de hojas entregadas: \_\_\_\_\_**

###### **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO – FDIL003 “SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERACIÓN PARA EL USO DE FUENTES DE RADIACIONES IONIZANTES”**

* El formulario debe ser completado y devuelto debidamente firmado a la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear (ARRN);
* Si no fueren suficientes los espacios establecidos en el formulario para completar algún campo, se deberán adjuntar las hojas complementarias que sean necesarias, las que deberán tener las firmas, ellos exigidas para las hojas del formulario;

###### **1. DATOS DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA SOLICITANTE**

* Nombre: si el solicitante es una empresa unipersonal (persona física)
* Razón social: si el solicitante es una persona jurídica (por ejemplo: S.A., SRL, Asociación Civil, etcétera).
* Domicilio legal en el que se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales y extrajudiciales.
* Domicilio y localización exacta de la instalación: indicando piso, sector y cualquier otro dato que permita localizar inequívocamente el lugar donde se llevará a cabo la práctica.
* Datos del Representante Legal: la designación del Representante Legal es obligatoria

###### **2. ÁMBITO Y FINALIDAD DE LA PRÁCTICA.**

* Describir el tipo de práctica que se llevará a cabo y su finalidad. Si lo considera necesario, adjuntar hojas complementarias.

###### **3. MATERIALES RADIACTIVOS**

* Indicar los materiales radiactivos con los que se propone trabajar y sus características.

###### **4. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES**

* Indicar los equipos con los que se propone trabajar y sus características.

###### **5. OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**

* Datos personales del/la Oficial de la Protección Radiológica incluyendo N° de la autorización individual expedida por la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear.

###### **6**. **RESPONSABLE POR LA SEGURIDAD FÍSICA**

* Datos personales del/la Responsable por la Seguridad Física incluyendo N° de la autorización individual expedida por la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear El/la Responsable de la Protección Física puede ser también el Oficial de Protección Radiológica.

###### **7. OTRAS PERSONAS QUE TRABAJARÁN CON LOS MATERIALES RADIACTIVOS Y/O EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES**

* Datos personales de las demás personas que trabajarán en las instalaciones.

Todas ellas deben tener vigente la autorización individual expedida por la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear.

###### **8. DETECTORES PORTÁTILES DE RADIACIÓN**

* Datos de los detectores portátiles de radiación que se utilizarán.

###### **9. MÉTODO A UTILIZAR PARA LA GESTIÓN DE LOS DESECHOS RADIACTIVOS**

* Describir el plan para la disposición final de las fuentes y/o equipos una vez se ha cumplido su vida útil (devolución al fabricante, recambio, cesión a otro usuario, etcétera).

###### **10. INSTALACIONES Y EQUIPOS:** describir en hojas adicionales de acuerdo a la actividad y el riesgo de la práctica:

* Instalaciones: materiales de construcción y espesores empleados, ubicación de los equipos que se utilizarán, salas de espera, baños, lugar de almacenamiento de desechos, sistemas de ventilación, sala de RX, búnker, laboratorios.
* Cálculo de blindajes, tipo de blindajes.
* Planos debidamente acotados y a escala
* Actividades a utilizar
* Equipamiento de protección personal.

###### **11. DECLARACIÓN**

###### Todo lo manifestado en el formulario por parte del solicitante, tiene carácter de Declaración Jurada, debiendo asumirse el pleno conocimiento de la Ley Nº 5169/14 “Que crea la Autoridad Reguladora Radiológica y Nuclear”, y las demás disposiciones vigentes.

* El solicitante se compromete a notificar cualquier cambio en la información declarada.
* Todas las hojas del presente formulario deben estar firmadas, pudiendo usarse media firma en la primera hoja e incluir el sello correspondiente.

###### La firma deberá coincidir con el documento de identidad indicado en el presente formulario;

###### El sello se exigirá a todas las personas jurídicas; en el caso de las personas físicas, se aplica la exigencia a profesionales.

###### Se deberá indicar la aclaración de la firma correspondiente.

###### **12. DOCUMENTACIÓN NECESARIA**

1. Solicitud de trámite.
2. Copia simple de Cedula de Identidad de las personas indicadas en el formulario.
3. Certificado Notarial que acredite la constitución de la empresa o copia autenticada notarial del contrato social.
4. En el caso de persona jurídica, copia autenticada por escribano público del documento que acredite la designación del representante legal. En el caso de Instituciones públicas fotocopia de la resolución por la cual se designa a la persona que ejerce la representación legal.
5. Copia de la documentación con las especificaciones técnicas que respalden lo declarado en las tablas 3 y 4 del formulario.
6. Nota que certifique la designación y conformidad del/la Responsable de Protección Radiológica.
7. Nota que certifique la designación y conformidad del/la Responsable de Protección Física.
8. Copia de la documentación con las especificaciones técnicas de los detectores portátiles de radiación.
9. En el caso de las fuentes Categoría 1 y 2 adjuntar copia del documento del fabricante que acredita su compromiso de recibir la fuente una vez que ésta cesa su uso.
10. Programa de protección radiológica que incluya: estructura organizacional, selección y entrenamiento del personal, planes de reentrenamiento, control radiológico de dosis ocupacional y del público, plan de monitoreo de áreas, transporte, sistema de calidad (registros y procedimientos).
11. Manual de seguridad radiológica (registros de protección radiológica, procedimientos administrativos de operación y de protección radiológica).
12. Medidas de seguridad física.
13. Copia simple de las Autorizaciones Individuales vigentes, de acuerdo a lo declarado en el punto 7
14. Plan de emergencia radiológica.
15. Copia de la respuesta de la ARRN sobre la Notificación de práctica.

**OBSERVACIONES:** Al completar el formulario, el solicitante deberá considerar las siguientes instrucciones:

###### Para el procesamiento de la solicitud no deberán existir campos en blanco, cuando los campos no apliquen a la práctica o actividad, el solicitante deberá completar la frase “no aplica” o “no corresponde”;

###### El formulario debe estar fechado y firmado por el solicitante, no obstante, la fecha indicada en el cargo de recepción de la ARRN prevalecerá sobre la fecha declarada por el mismo;

###### Para la recepción del formulario, la ARRN exigirá la constancia de pago del arancel correspondiente. En los casos de la notificación de prácticas individuales, esta exigencia no se aplica por estar exentas de pago de arancel.