

Completar este formulario de solicitud así como los anexos correspondientes y presentarlo conjuntamente con los otros requisitos del TUPA a la OTAN. Si el espacio es insuficiente anexar hojas adicionales conservando los formatos de los cuadros.

1. DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre / Razón Social:

RUC:

Domicilio Legal:

Dirección: Distrito:

Provincia: Región:

Teléfono: Fax: Horario de atención:

Dirección de correo electrónico:

2. UBICACIÓN DE LA INSTALACIÓN DONDE LAS FUENTES SERÁN USADAS (SI FUERA DIFERENTE AL DOMICILIO LEGAL):

Dirección: Distrito:

Provincia: Región:

Teléfonos: Fax:

3. MARCAR LA PRÁCTICA A REGISTRAR:

<input type="checkbox"/>	Diagnóstico dental con rayos X	<input type="checkbox"/>	Uso de medidores fijos
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico veterinario con rayos X	<input type="checkbox"/>	Análisis por Fluorescencia y Difracción de rayos X
<input type="checkbox"/>	Densitómetros óseos	<input type="checkbox"/>	Vigilancia y control de objetos con rayos X
<input type="checkbox"/>	Radioinmunoanálisis (in vitro)	<input type="checkbox"/>	Eliminación de corriente estática
<input type="checkbox"/>	Investigación y enseñanza con fuentes selladas (actividad no mayor a 185 MBq)	<input type="checkbox"/>	Posesión de equipos de gammagrafía industrial sin fuente y que contenga uranio empobrecido

4. RELACIÓN DE PERSONAL CON LICENCIA INDIVIDUAL (dental, veterinario, densitometría ósea y posesión de equipos gammagráficos):

Nombre y apellidos	Nro. de licencia individual (si es aplicable)

Para las prácticas que no requieren licencia individual, el personal se encuentra adecuadamente capacitado en protección radiológica.

5. DETALLES DE LAS FUENTES DE RADIACION USADAS EN LA INSTALACIÓN (COMPLETAR LOS ANEXOS ADJUNTOS)

6. DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

El solicitante declara conocer y aceptar la responsabilidad por la seguridad radiológica y física de las fuentes de radiación objeto de la presente solicitud hasta que ésta sea liberada por la Oficina Técnica de la Autoridad Nacional conforme con la reglamentación vigente.

Firma del representante legal o responsable:

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 10 del Reglamento de la Ley 28028 y el Artículo 32 de la Ley 27444.

ANEXO 1.1

DETALLE DE LAS FUENTES DE RADIACION A REGISTRAR

1. FUENTES RADIATIVAS Y/O EQUIPOS QUE CONTIENEN FUENTES RADIATIVAS:

Radioisótopo	Actividad ¹ (Bq)	Marca	Nro. de Serie	Ubicación ²	Datos del equipo (si las fuentes estan dentro de un equipo)		
					Marca	Modelo	Nro. de Serie

¹Usar los prefijos correspondientes. Para fuentes selladas incluir la fecha de la actividad inicial
²Area, laboratorio, sala, sector, etc donde se encuentre físicamente la fuente

Las fuentes selladas en desuso serán:

- Re-exportadas
 Enviadas a la Planta de Gestión de Residuos Radiactivos del IPEN

2. EQUIPOS GENERADORES DE RADIACION IONIZANTE (equipos de rayos X), EXCEPTO DENTAL, VETERINARIO Y DENSITOMETRO OSEO:

Marca	Modelo	Nro. de Serie	Tensión máxima (kV)	Intensidad máxima (mA/mAs)	Ubicación ¹

¹Indicar la sala donde está ubicado el equipo

3. EN CASO DE EQUIPOS DE RAYOS X DENTAL, VETERINARIO Y DENSITÓMETROS ÓSEOS, COMPLETAR EL ANEXO 1.2

Firma del representante legal o responsable:

Nombre y apellidos:

Lugar y fecha:

ANEXO 1.2

DETALLES DEL EQUIPO DE RAYOS X A REGISTRAR Y SUS MEDIOS DE PROTECCION
(llenar para cada equipo)

1. DATOS DEL EQUIPO

Aplicación	<input type="checkbox"/> Periapical <input type="checkbox"/> Veterinario	<input type="checkbox"/> Panorámico <input type="checkbox"/> Densitómetro óseo.	<input type="checkbox"/> Cefalométrico <input type="checkbox"/> Tomografía dental
Tipo	<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Rodante	<input type="checkbox"/> Portátil
Ambiente	Piso: Sala:		
Control de Calidad	Entidad que lo realizó: Certificado Nro.: Fecha de emisión:		
		Consola ^(a)	Tubo
Marca			
Modelo			
Nro. de Serie			
kVp máximo			
mA o mAs máximo			
Antigüedad			
Año de instalación			

(a) Si no se cuenta con los datos de la consola, anotar los del cabezal.

2. CARGAS DE TRABAJO :

Pacientes / semana:

3. MEDIOS DE PROTECCION:

a. Para el operador:

- Distancia. Indicar la longitud del cable de disparo del equipo:..... m.
- Barrera fija con visor. Material de la barrera:..... Espesor: cm
- Biombo con visor. Espesor del plomo en el biombo: mm Biombo sin visor
- Tipo de visor: Vidrio plomado Vidrio común Otro:
- Dimensión del visor: cm x cm, espesor:..... mm
- Otro medio de visualización: Espejo Cámara Video
- Mandil protector, cantidad: Collarín, cantidad: Gafas, cantidad:

b. Para el paciente:

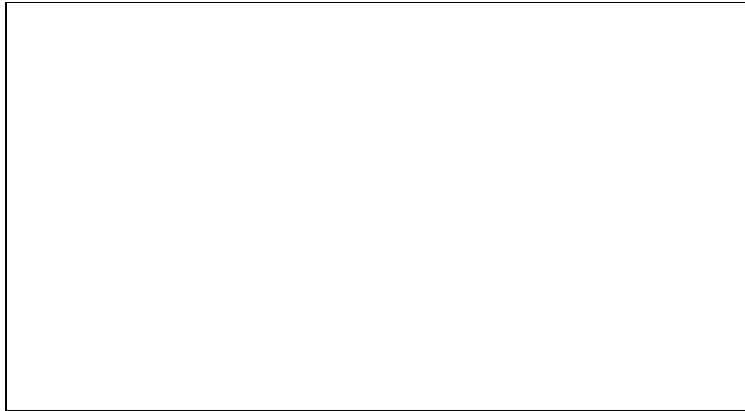
- Mandil protector, cantidad: Collarín, cantidad:
- Protector gonadal, cantidad:

c. Para el acompañante:

- Mandil protector, cantidad:

4. DATOS DEL AMBIENTE DE USO DEL EQUIPO:

Diagramar el ambiente donde se va a utilizar el equipo declarado, señalando la ubicación del equipo y el comando.
Dimensiones de la sala: Largo: m, Ancho: m, Altura:..... m.



Señalar en el diagrama las paredes A, B, C y D

Barreras	Material		Blindaje adicional		Area adyacente (comando, sala de revelado, oficina, consultorio, sala de espera, pasadizo, escalera, almacén, vivienda vecina, calle, otros)
	Ladrillo tarrajado con cemento (por un lado o ambos lados), ladrillo solo, concreto, madera, drywall, vidrio, otros.	Espesor (cm)	Plomo, hierro, Baritina	Espesor (mm)	
Pared A					
Pared B					
Pared C					
Pared D					
Puerta					
Techo					
Piso					

Firma del representante legal o responsable:

Nombre y apellidos:

Lugar y fecha: