

INSTALACIÓN RADIATIVA CENTRAL

SOLICITUD DE DOSÍMETRO PERSONAL

DATOS PERSONALES

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:
DPTO:	
CARGO:	
D.N.I.:	
FECHA SOLICITUD:	
TRABAJA CON: <input type="checkbox"/> Materiales radiactivos: <input type="checkbox"/> Rayos X: <input type="checkbox"/> Ambos:	TIPO DE DOSIMETRO: <input type="checkbox"/> Cuerpo entero: <input type="checkbox"/> Manos: <input type="checkbox"/> Cristalino (hombro): <input type="checkbox"/> Abdomen
AUTORIZADO POR:	
FECHA AUTORIZACIÓN:	FECHA ENTREGA DOSIM:

ANTECEDENTES DOSIMÉTRICOS

Ha trabajado anteriormente con radiaciones ionizantes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																				
Ha llevado dosímetro personal anteriormente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																				
<p style="text-align: center;">En caso afirmativo, por favor complete el resto de este impreso. Indique todas las instituciones donde ha llevado dosímetro personal:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">CENTRO</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">DIRECCIÓN</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">SERVICIO</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">FECHAS ALTA-BAJA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;">Autorizo para hacer entrega a la IRC de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid de mis registros dosimétricos mientras estuve empleado en su Institución.</p>	CENTRO	DIRECCIÓN	SERVICIO	FECHAS ALTA-BAJA	-				-				-				-			
CENTRO	DIRECCIÓN	SERVICIO	FECHAS ALTA-BAJA																	
-																				
-																				
-																				
-																				

Nombre: _____

Firma: _____

*Es Imprescindible adjuntar fotocopia por las dos caras del DNI.