**SERVICIO DE RADIOPROTECCIÓN E INVESTIGACIÓN RESPONSABLE**

**SOLICITUD DE DOSIMETRÍA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INVESTIGADOR/A RESPONSABLE** | | |
| Nombre y apellidos: | | |
| NIF: | Tfno.: | e-mail: |
| Departamento/Servicio: | | |
| Facultad/Centro: | | |
| Grupo de investigación: | | |

**SOLICITA control dosimétrico de tipo (marque lo que corresponda):**

**-CUERPO ❒**

**-ANILLO ❒**

**PARA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos: | |
| NIF: | Fecha de nacimiento: |
| Tfno.: | e-mail: |
| Adscrito/a al Departamento en calidad de (1): | |
| ¿Ha realizado curso de operador, supervisor, rayos X, seminario nuevos usuarios? (indicar tipo y fecha): | |

*(1) Tipo de trabajo/profesión, según tipo de instalación:*

*-RADIODIAGNÓSTICO: DRX-Director, ORX-Operador*

*-INVESTIGACIÓN: SIR-Supervisor, OIR-Operador, PIR-Profesor, IIR-Investigador, EIR-Estudiante, AIR-Auxiliar.*

**-ÁREA ❒**

**PARA:**

|  |
| --- |
| Equipo: |
| Instalación: |
| Código patrimonial: |

Fecha:

Fdo.