No se pude mostrar la imagen vinculada. Puede que se haya movido, cambiado de nombre o eliminado el archivo. Compruebe que el vínculo señale al archivo y ubicaciones correctas.	**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA** **SUBSECRETARIA DE ATENCION PRIMARIA** **Y SALUD AMBIENTAL** **Dirección de Saneamiento Ambiental - Departamento de Saneamiento Básico.** **División de Higiene y Seguridad Laboral, Radiofísica Sanitaria y Calidad del Aire.**
F03	**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PROVINCIAL DE SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, TECNOLOGIAS LASER, LUZ PULSADA INTENSA (IPL), C.E.M., R.F.**

FORMULARIO F03 – RESONADOR MAGNÉTICO DE IMÁGENES (R.M.I.)
R.M. N° 202/95 – Radiación no ionizante: Campo Electromagnético (C.E.M.) y Radiofrecuencia (R.F.)

MOTIVO DE LA SOLICITUD

1.- **ALTA____ RENOVACION____ BAJA____**

IMPORTANTE: COMPLETAR FORMULARIO EN COMPUTADORA

2- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO O INSTITUCION

IMPORTANTE: Los datos consignados deben coincidir plenamente con la constancia de Alta de **ARCA**. **Dirección Fiscal**/legal de la razón social y **Dirección Real** lugar físico donde se habilitará la instalación.

2.1- Nombre del Establecimiento o Institución: _____

2.2- **Domicilio Legal**: _____ (el que figura en la constancia del alta de ARCA)

Localidad: _____

2.3- Domicilio Real: _____ (donde está instalado el equipo)

Localidad: _____

2.4- N° TEL: _____ E-Mail: _____

3- DATOS DEL SERVICIO

3.1- Servicio de: _____

3.2- Horario de atención del servicio: Lunes a viernes: de_____ hr.

3.3- **DATOS DEL EQUIPO – RESONADOR MAGNÉTICO:**

Marca: _____ Modelo: _____ N° SERIE: _____

Intensidad de campo magnético (Tesla): _____ Tipo de imán (permanente / superconductor / resistivo): _____

Frecuencia de trabajo (RF – MHz): _____

AÑO DE FABRICACIÓN: _____

4- PERSONAL AFECTADO AL SERVICIO

4.1. Cantidad de Profesionales: ( ) Técnicos: ( ) Auxiliares: ( )

5- DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO

5.1- Responsable del Servicio: _____

5.2- Título: _____

5.3- Autorización Individual N°: _____ Matrícula Provincial: _____ Matrícula Nacional (opcional): _____

5.4- E-mail: _____

_____ _____ **Fecha:** ____/____/_____

Firma del solicitante **Aclaración**

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR – RESONADOR MAGNÉTICO DE IMÁGENES

(R.M. N° 202/95)

1. Solicitud de habilitación: nota dirigida al Director de Saneamiento Ambiental (firmada por el responsable del servicio), Av. Lavalle N° y Av. Cmte. Andresito, o por mail a: **deptosaneamientobasico@gmail.com**. dando inicio al trámite. Los demás documentos se deberán presentar en formato físico en la mesa de entrada de la mencionada Dirección
2. Constancia del Alta del ARCA.
3. Formulario de solicitud de inscripción en el Registro Único Provincial de Servicios de Diagnóstico por Imágenes, Tecnología Láser y Luz Pulsada Intensa (I.P.L.), Campo Electromagnético (C.E.M.) - Radiofrecuencia (R.F.) **(el presente formulario F03)**.
4. Planilla Censo Catastral.
5. Plano de la planta aprobado por la Municipalidad.
6. Plano de Estudio de Seguridad de Campo Electromagnético y RF aprobado por la Jefatura del Área Técnica de Radiofísica Sanitaria de Nación.
7. Especificaciones técnicas y operativas del equipo.
8. Informe Técnico de Blindaje de Radiofrecuencia: mediciones de Campo Electromagnético y evaluación de seguridad (campo magnético dentro y fuera del recinto).
9. Título del profesional responsable y matrícula profesional provincial; nacional (opcional).
10. Autorización Individual del responsable. Si el propietario de la instalación no es el profesional responsable, presentar nota de consentimiento firmada por el profesional médico con autorización individual asignado.
11. Nómina completa de personal auxiliar, técnicos y profesionales afectados al servicio: Apellido, Nombre, fotocopia del D.N.I., Título y Matrícula.

Nota: *De considerarlo necesario,* ***la División de Radiofísica Sanitaria*** *podrá requerir documentación adicional y/o complementaria, cuando no coincida la información declarada.*