No se pude mostrar la imagen vinculada. Puede que se haya movido, cambiado de nombre o eliminado el archivo. Compruebe que el vínculo señala al archivo y ubicaciones correctos.	**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.**
F05	**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 F05 – EQUIPOS MIXTOS COMBINADOS – SERVICIO PET/CT (Tomografía por Emisión de Positrones)

Componente Rayos X (CT): Ley Nacional N° 17.557, Dec. Regl. N° 6320/68 y Resolución S.E.S.P. N° 3301/80 – Componente nuclear: A.R.N.

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 PET/CT:**

Equipo: _____ Marca: _____ Modelo: _____ N° SERIE: _____

Componente CT – Pot. Máx. (kV/mA): _____ Radionucleidos utilizados (PET): _____

Licencia de Operación A.R.N. N°: _____ Vigencia: ____/____/_____

AÑO DE FABRICACIÓN: _____

3.4- N° de contactos para emergencia: _____

4- PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO

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°: _____ Licencia Individual A.R.N. N°: _____ Matrícula: _____

5.4- E-mail: _____

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

Firma del solicitante **Aclaración**

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR – EQUIPOS MIXTOS COMBINADOS – SERVICIO PET/CT

1. Nota de solicitud de habilitación del servicio, dirigida al Director de Saneamiento Ambiental, Av. Lavalle N° y Av. Cmte. Andresito, o por mail a: **deptosaneamientobasico@gmail.com**.
2. 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 F05)**.
3. Planilla Censo Catastral.
4. Constancia del Alta del ARCA.
5. Especificaciones técnicas del equipo para su habilitación (completas del equipo instalado, incluyendo características operativas y especificaciones del fabricante).
6. Plano de obra aprobado por la Municipalidad.
7. Acta de Inspección emitida por A.R.N. (informe técnico).
8. Plano y Memoria de cálculo de blindaje radiológico correspondiente al sector PET y áreas asociadas al uso de radionucleidos, debidamente aprobado con evaluación favorable emitida por la Autoridad Regulatoria Nuclear (A.R.N.).
9. Licencia de Operación (Permiso institucional) otorgada por la Autoridad Regulatoria Nuclear (A.R.N.), vigente.
10. Licencia Individual de profesionales y personal autorizado otorgada por la Autoridad Regulatoria Nuclear (A.R.N.), vigente.
11. Plano con Cálculo de Blindaje estructural referente a la componente del equipo de Rayos X (CT) aprobado por Radiofísica Sanitaria Nación (conforme a los requisitos establecidos por la normativa vigente en materia de Radiofísica Sanitaria, Ley Nacional N° 17.557, Dec. Regl. N° 6320/68 y Resolución S.E.S.P. N° 3301/80).
12. Autorización Individual Médico Responsable.
13. Nómina completa de personal autorizado: auxiliar, técnico y profesionales afectados al servicio: Apellido, Nombre, fotocopia del D.N.I., Título y Matrícula. Función.
14. Constancia de participación del curso de protección radiológica del personal (Opcional).
15. Contrato de servicio de dosimetría personal.
16. Plano de Evacuación.
17. Rol y Plan de Contingencia.
18. N° de contactos para emergencia.

Nota: *Sin perjuicio de las atribuciones que son competencia exclusiva de la Autoridad Regulatoria Nuclear* ***(A.R.N****.), en su rol de máxima autoridad en materia de diseño, regulación y control radiológico en instalaciones especiales Clase I y II, la División de Radiofísica Sanitaria podrá requerir documentación adicional en función a características puntuales en la instalación, dentro del marco de su competencia específica.*