No se pude mostrar la imagen vinculada. Puede que se haya movido, cambiado de nombre o eliminado el archivo. Comprueba 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.**
F06	**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 F06 – EQUIPOS LÁSER / IPL (LUZ PULSADA INTENSA) – RADIACIONES NO IONIZANTES

R.M. N° 1271/01 y R.M. N° 1062/10 – Uso médico oftalmológico, odontológico, kinesiológico, tratamiento endovascular, veterinario, etc.

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 AFIP. **Razón Social**, **Domicilio Legal** y **Domicilio Real** donde se utilizará el equipo.

2.1- Nombre del Establecimiento o Institución / Razón Social: _____

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

2.3- Domicilio Real: _____ (donde se utilizará el equipo)
Localidad: _____

2.4- N° TEL: _____ E-Mail: _____

2.5- Habilitación Municipal N°: _____

3- DATOS DEL SERVICIO

3.1- Utilidad que brindará el equipo (campo de aplicación): _____

Uso: ☐ Oftalmológico ☐ Odontológico ☐ Kinesiológico ☐ Tratamiento endovascular ☐ Veterinario ☐ Otro: _____

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

3.3- **CARACTERÍSTICA ESPECÍFICA DEL EQUIPO:**

Equipo: ☐ LÁSER ☐ IPL (Luz Pulsada Intensa) Marca: _____ Modelo: _____

Potencia: _____ Longitud de onda (nm): _____ Clase: _____ Tipo de emisión: _____

N° SERIE: _____ Certificación ANMAT N°: _____

AÑO DE FABRICACIÓN: _____

4- PERSONAL AFECTADO AL SERVICIO

4.1. Cantidad de Profesionales: ( ) Técnicos: ( ) Auxiliares / personal de apoyo: ( )

5- DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL SERVICIO

5.1- Profesional Responsable (nombre y apellido): _____

5.2- Título habilitante: _____

5.3- Autorización Individual Láser (L.A.S.) N°: _____ Matrícula Profesional: _____

5.4- Curso de Bioseguridad Láser aprobado: SI ____ NO ____

5.5- E-mail: _____

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

Firma del solicitante **Aclaración**

LOS DATOS CONSIGNADOS TIENEN CARÁCTER DE DECLARACION JURADA

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR – EQUIPOS LÁSER / IPL (R.M. N° 1271/01 y R.M. N° 1062/10)

1. Solicitud de habilitación del servicio declarando qué utilidad brindará el equipo (campo de aplicación), firmada por el profesional, dirigida al Director de Saneamiento Ambiental, Av. Lavalle N° y Av. Cmte. Andresito, o por mail a: **deptosaneamientobasico@gmail.com**.
2. Característica específica del equipo: marca, modelo, potencia, longitud de onda, clase, tipo de emisión y número de serie del equipo.
3. Certificación emitida por ANMAT para Equipo Láser/IPL.
4. Profesional Responsable (nombre, apellido y título habilitante).
5. Constancia de Curso Bioseguridad Láser aprobado.
6. Autorización Individual Láser (L.A.S.).
7. Razón Social, Domicilio Legal y Domicilio Real donde se utilizará el equipo.
8. 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 F06)**.
9. Planilla Censo Catastral.
10. Constancia del Alta en ARCA.
11. Habilitación Municipal.
12. Plano con Estudio de Seguridad y Protección para LÁSER/IPL, aprobado por Radiofísica Sanitaria de Nación.
13. Certificado de participación en el *Curso de Bioseguridad en Láser* para personal de apoyo o auxiliar (conocimiento sobre el uso de tecnología láser y riesgo inherente).

SEGÚN USO, ADEMÁS:

Uso en odontología: Constancia de Documento Nacional de Identidad – Constancia de Título – Constancia de matrícula profesional – Constancia de Curso Básico de Seguridad en Láser – Constancia de Autorización Individual Láser.

Uso en kinesiología: Constancia de Documento Nacional de Identidad – Constancia de Título profesional Kinesiólogo – Constancia de Curso Básico de Seguridad en Láser aprobado – Constancia de matrícula profesional – Constancia de Autorización Individual Láser.

Uso en veterinaria: Constancia de Documento Nacional de Identidad – Constancia de Título profesional Veterinario – Constancia de Curso Básico de Seguridad en Láser – Constancia de Matrícula Profesional – Constancia de Autorización Individual Láser.

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