|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN POR REGISTRO PARA EL USO DE EQUIPOS DE RADIODIAGNOSTICO DENTAL DE TIPO INTRAORAL** |
| 1. **MOTIVO DE LA SOLICITUD (marque)**
 |
|[ ]  **Nueva Autorización** |
|[ ]  **Renovación** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | **Número** **de** **Registro** | Escriba su número de registro aquí. |
|[ ]  **Modificación** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |  |  |
|  | Justificación de la modificación |
|  | Describa la justificación de la modificación. |
| 1. **DATOS GENERALES DE LA INSTALACIÓN**
 |
| * 1. **Nombre o razón social**
 | * 1. **RTN**
 |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| * 1. **Departamento**
 | * 1. **Municipio**
 |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| * 1. **Dirección exacta de la instalación**
 |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| * 1. **Teléfono(s)**
 | **2.7. Correo electrónico** |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Escribir el correo electrónico de la instalación. |
| **2.8. Horario de trabajo (días y horas de apertura y cierre)** | **2.9. Local Propio o Alquilado** |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Elija un elemento. |
| **2.10 Cantidad de estudios radiográficos realizados semanalmente:** |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| 1. **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO DE LA INSTALACIÓN**
 |
| * 1. **Nombre del representante legal o propietario**
 | * 1. **Número de documento de identidad**
 |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| * 1. **Teléfono(s)**
 | * 1. **Correo electrónico**
 |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | Escribir el correo electrónico personal o institucional del representante/propietario. |
| 1. **DATOS DE LOS EMISORES DE RADIACIONES IONIZANTES**
 |
| * 1. **Equipos de rayos X**
 |  |
|  | **Tipo de equipo de rayos X** | **Fabricante o marca** | **Modelo** | **Número de serie** | **Imagen****(Película o Digital)** | **Modalidad****(Fijo o Móvil)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Equipo 1*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 2*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 3*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 4*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 5*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 6*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 7*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 8*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 9*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| ***Equipo 10*** | Texto. | Texto. | Texto. | Texto. | Elija | Elija |
| 1. **PERSONAL DE LA INSTALACIÓN**
 |
| * 1. **Cantidad total de empleados**
 | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| * 1. **Datos del personal**
 |  |
| **Nombre completo** | **Número de identificación** | **POE\*** | **Funciones** |
|  |  | **Sí** | **No** |  |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [x]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| Texto. | Texto. |[ ] [ ]  Texto. |
| \*POE: Personal ocupacionalmente expuesto |
| * 1. **Nombre del Oficial de la Protección Radiológica**
 |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| **Correo Electrónico del Oficial de la Protección Radiológica** |
| Haga clic o pulse aquí para escribir texto. |
| 1. **DECLARACIÓN JURADA DEL REPRESENTANTE LEGAL**
 |
| Yo Nombre Completo, de nacionalidad Nacionalidad , mayor de edad, de profesión Profesión, con domicilio Domicilio, con número de identificación Número de Identificación , inscrito en el colegio profesional Colegio y con número Número de Colegiación., en mi condición personal **DECLARO** que la información presentada cumple con lo establecido en el Marco Regulador vigente para el control y seguridad de fuentes de radiación ionizante y demás normativas aplicables. En caso de no cumplir con la normativa, conozco la responsabilidad administrativa, civil y/o penal con la que responderé.  |
| **Firma del Representante Legal o Propietario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fecha:** Seleccione fecha. |
| Secretaría de Estado en los Despachos de Energía (SEN)**Dirección General de Seguridad Radiológica (DGSR)**Dirección de Protección Radiológica y Salud AmbientalColonia Tepeyac, Calle Yoro, Contiguo a Farmacia Kielsa, Antiguo Bingo Real.Tegucigalpa, F.M. Honduras.Teléfono:2232-8500 Ext:120 ó 121E-mail: jflores@sen.hn ,raguilar@sen.hn , ebustillo@sen.hn , aalvarez@sen.hn , mserrano@sen.hn |
| Versión: 1.1 (30.11.2021) |