|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | | |  |  | | 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 Ambiental  Colonia Tepeyac, Calle Yoro, Contiguo a Farmacia Kielsa, Antiguo Bingo Real.  Tegucigalpa, F.M. Honduras.  Teléfono:2232-8500 Ext:120 ó 121  E-mail: [jflores@sen.hn](mailto:jflores@sen.hn) ,[raguilar@sen.hn](mailto:raguilar@sen.hn) , [ebustillo@sen.hn](mailto:ebustillo@sen.hn) , [aalvarez@sen.hn](mailto:aalvarez@sen.hn) , [mserrano@sen.hn](mailto:mserrano@sen.hn) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Versión: 1.1 (30.11.2021) | | | | | | | | | | | | | | | | | |