|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN POR REGISTRO PARA EL USO DE EQUIPOS DE RADIODIAGNÓSTICO DENTAL DE TIPO INTRAORAL** | | | | | | | | | | | | |
| 1. **MOTIVO DE LA SOLICITUD (marque una solamente)** | | | | | | | | | | | | |
|  | **Nueva Autorización** | | | | | | | | | | | |
|  | **Renovación** | | Número de Registro por renovar: | | | | | |  | | | |
|  | **Modificación** | | Número de Registro por modificar: | | | | | |  | | | |
| Justificación de la modificación: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS GENERALES DE LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Nombre o razón social:** | | | | | | | | * 1. **RTN:** | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |
| * 1. **Departamento:** | | | | | | | | **Municipio:** | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |
| * 1. **Dirección exacta de la instalación:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Teléfono(s):** | | | | | | | | * 1. **Correo electrónico:** | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |
| * 1. **Horario de trabajo (días y horas de apertura y cierre):** | | | | | | | | * 1. **Local propio o arrendado (indique):** | | | | |
|  | | | | | | | | Elija un elemento. | | | | |
| * 1. **Cantidad de estudios radiográficos realizados semanalmente:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO DE LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Nombre del representante legal o propietario** | | | | | | | | * 1. **Número de documento de identidad** | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |
| * 1. **Teléfono(s)** | | | | | | | | * 1. **Correo electrónico** | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | |
| 1. **DATOS DE LOS EMISORES DE RADIACIONES IONIZANTES** | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Equipos de rayos X Intraorales** | | | | | | | | |  | | | |
|  | | **Tipo de equipo de rayos X** | | **Fabricante o marca** | | **Modelo** | | **Número de serie** | **Imagen**  **(Película o Digital)** | | | **Modalidad**  **(Fijo, Móvil o Portátil)** |
|
| ***Equipo 1*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 2*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 3*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 4*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 5*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 6*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 7*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 8*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 9*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| ***Equipo 10*** | |  | |  | |  | |  |  | | |  |
| 1. **PERSONAL DE LA INSTALACIÓN** | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Cantidad total de empleados:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Datos del personal** | | | | | | |  | | | | | |
| **Nombre completo** | | | | | **Número de identificación** | | **POE\* Marque con equis (X)** | | | **Funciones** | | |
| Si | | No |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
|  | | | | |  | |  | |  |  | | |
| \*POE: Personal ocupacionalmente expuesto | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DECLARACIÓN JURADA DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | |
| Yo      , de nacionalidad      , mayor de edad, de profesión     , con domicilio     , con número de identificación     , inscrito en el colegio profesional       y con número      , en mi condición personal **DECLARO** que la información que presentada, cumple con lo establecido en el Marco Regulador vigente para el control y seguridad de las fuentes de radiación ionizante y demás normativa aplicable. 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:** | |
| Secretaría de Estado en los Despachos de Energía (SEN)  **Dirección General de Seguridad Radiológica (DGSR)**  EDIFICIO TORRE ALTAMIRA¨, ubicado en el anillo periférico de la ciudad de Tegucigalpa, Distrito Central., F.M. Honduras.  Teléfono:2232-8500 Ext:121  E-mail: dgsr@sen.hn | | | | | | | | | | | | |