|  |
| --- |
| **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:121E-mail: dgsr@sen.hn |