Departamento de Acción Sanitaria
Unidad de Salud Ocupacional
Fono: 072-2335346- 2335347
www.seremi6.redsalud.gob.cl

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

SOLICITUD DE CIERRE TEMPORAL O DEFINITIVO DE INSTALACIÓN RADIACTIVA DE 2ª CATEGORÍA

Cierre Temporal				Cierre Definitivo	
Desde		Hasta			

1 .- INSTITUCIÓN O EMPRESA/PERSONA NATURAL

RUT	-	Nombre o Razón Social			
Dirección					
Comuna		Ciudad		Región	
Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	

2 .- REPRESENTANTE LEGAL

RUN	-	Nombre y Apellidos			
Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	

3 .- DESCRIPCIÓN Y DATOS TÉCNICOS DE LA INSTALACIÓN QUE SE DARÁ DE BAJA

3.1.- PARA EL CASO DE INSTALACIÓN QUE UTILIZAN EQUIPOS GENERADORES DE RADIACIONES IONIZANTES

Equipo		Marca		Modelo		Nº Serie		Año fabricación	
N° serie tubo		kV máx.		mA máx.					

3.2.- PARA EL CASO DE INSTALACIÓN QUE UTILIZAN SUSTANCIAS RADIACTIVAS

Equipo		Marca		Modelo		Nº Serie		Año fabricación	
Radioisótopo 1		Actividad inicial en Bq		Fecha de calibración		Nº serie			
Radioisótopo 2		Actividad inicial en Bq		Fecha de calibración		Nº serie			

4 .- RESPONSABLE DE LA SEGURIDAD RADIOLÓGICA

RUN	-	Nombre y Apellidos			
Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Profesión		Nº Resolución / Fecha / SEREMI de Salud que la otorga			

5 .- INDICAR MOTIVO DEL CIERRE Y DESTINO FINAL DE LOS EQUIPOS O SUSTANCIAS RADIACTIVAS (OBLIGATORIO)

6 .- ANTECEDENTES A ADJUNTAR

a) Resolución de Autorización de Funcionamiento.
b) Copia Cedula de Identidad Representante Legal
c) Arancel $ 34.100.- (1.5.1.3)

La falta de alguno de estos antecedentes, será motivo suficiente para rechazar esta solicitud

Fecha:_____

_____
Nombre y Firma del representante Legal

Quien suscribe declara que la información contenida en la presente solicitud y los documentos adjuntos son verídicos