Departamento de Acción Sanitaria Unidad de Salud Ocupacional Fono: 072-2335346- 2335347

[www.seremi6.redsalud.gob.cl](http://www.seremi6.redsalud.gob.cl/)

**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** |
| 1. **Resolución de Autorización de Funcionamiento.**
2. **Copia Cedula de Identidad Representante Legal**
3. **Arancel $ 31.200.- (1.5.1.3)**
 |
| **La falta de alguno de estos antecedentes, será motivo suficiente para rechazar esta solicitud** |

|  |
| --- |
| **Nombre y Firma del representante Legal****Fecha:**  |
| **Quien suscribe declara que la información contenida en la presente solicitud y los documentos adjuntos son verídicos** |