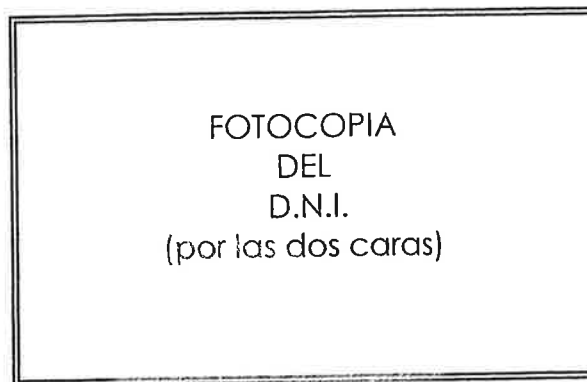




Ministerio de Sanidad y Consumo

Instituto
de Salud
Carlos III

Centro Nacional de
Sanidad Ambiental
Servicio de Radioprotección



FORMULARIO DE ALTA

(Cumplimentar un formulario para cada profesional)

DATOS DE LA INSTALACIÓN:

Nombre en el CSN:
C.I.F. :
Domicilio:
Localidad:
D.P.: Provincia:

DATOS DEL PROFESIONAL:

1^{er} Apellido:
2^o Apellido:
Nombre:
Dirección:
Localidad:
D.P.: Provincia:
Categoría profesional:

DATOS DEL HISTORIAL DOSIMÉTRICO:

¿Ha utilizado dosímetro anteriormante? SI NO
¿En que Centro de Dosimetría?
Nº de historial:

¿Utiliza dosímetro actualmente? SI NO
¿En que Centro de Dosimetría?
Nº de historial:

En, a de de 200...
Fdo.: EL responsable de la instalación