

Solicitud de análisis ambiental

Departamento de Salud Ocupacional Laboratorio de Toxicología Ocupacional

Gobierno de Cinte						
SOLICITANTE						
Nombre o razón social del solicitante						
Dirección						
Comuna						
R.U.T.						
Nombre del operador*						
Fecha de la toma de muestra						
Fono del operador*						
e-mail del operador						

	ESTABLECIMIENTO O EMPRESA MUESTREADA
Nombre o razón social de la empresa muestreada*	
Dirección*	
Nombre del encargado*	
Fono del encargado*	
e-mail del encargado	

Rótulo de la muestra*	Nombre del trabajador evaluado*	R.U.T. del trabajador evaluado*	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Matriz ambiental*: 1:Aire 2:Material 3:Polvo sedimentado	Volumen de muestreo * (L)	Puesto de trabajo o lugar de toma de muestra*	Código(s) del (los) análisis solicitado(s)* (524-xxxx)			

^{* :} campos de llenado obligatorio

NOTA: La muestra debe estar apta para el análisis de acuerdo a la Lista de criterios de aceptación y rechazo de muestras ambientales del Laboratorio de Toxicología Ocupacional. Instituto de Salud Pública de Chile - Av. Marathon 1000 - Ñuñoa - Santiago. Teléfono (2)5755201



Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features