



Solicitud de Prestación Código 5211004

Evaluación de puestos de trabajo con exposición a radiaciones ionizantes generadas por equipos de rayos x en instalaciones de segunda categoría.

Departamento de Salud Ocupacional - Sub Departamento de Ambientes Laborales

Sección de Radiaciones Ionizantes y No Ionizantes

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre o razón social del solicitante:			RUT:
Dirección:	Comuna:	Región:	
Nombre de contacto:	Fono de contacto:	e-mail de contacto:	

Observación: Todos los campos de este recuadro son obligatorios. Cualquier campo faltante puede ser causal del rechazo de la solicitud o retraso del debido proceso, situación que es de responsabilidad del solicitante.

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN A EVALUAR	DIRECCIÓN	TIPO DE EQUIPO GENERADOR DE RAYOS X
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Observación: Al menos la primera línea de este recuadro debe ser llenada. La dirección puede ser omitida si corresponde a la misma ingresada en datos del solicitante.

Nota: La presente solicitud sólo puede ser ingresada en oficina de Ventas y Comercialización del Instituto de Salud Pública, previa consulta de factibilidad de realización y habiendo convenido una fecha tentativa para su realización. El pago se debe efectuar sólo una vez convenida la fecha tentativa de realización.