



N°: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA USO DE EQUIPOS LÁSER.**

*Según lo establecido en el Art. 1º de la Resolución N° 1271/01 del Ministerio de Salud de la Nación*

<b><u>DATOS PERSONALES</u></b>						
Apellido:			Fecha de Nacimiento:			
Nombres:			Nacionalidad:			
Tel. y Cel.:			Mail:			
Domicilio:		No.	P.	Dto.	Casa	Mz. Bk.
Localidad:			Dto.:		Pcia.:	
DNI:			correo			

<b><u>DATOS ACADÉMICOS</u></b>	
Título Profesional:	
Matrícula N°:	Fecha de Graduación:

<b><u>DESTINO *</u></b>	
<i>Se solicita Autorización para actuar como responsable de uso de equipos Láser destinados a</i>	
<input type="checkbox"/>	Oftalmología.
<input type="checkbox"/>	Cirugía General.
<input type="checkbox"/>	Otorrinolaringología.
<input type="checkbox"/>	Dermatología.
<input type="checkbox"/>	Ginecología.
<input type="checkbox"/>	Kinesiología.
<input type="checkbox"/>	Odontología.
<input type="checkbox"/>	Otras Finalidades.
<i>*Incluye usos industriales, de investigación, veterinarios, otros.</i>	

<b><u>CURSOS REALIZADOS SOBRE APLICACIÓN DE LÁSER EN MEDICINA **</u></b>			
Fecha	Denominación del Curso	Dictado Por	Extensión
<b><i>**adjuntar certificaciones.</i></b>			



***EXPERIENCIAS PREVIAS EN UTILIZACIÓN DE LÁSER. \****

Desde mm/aaaa	Hasta mm/aaaa	Establecimiento	Dirección	Cargo y/o Tarea

**\*Adjuntar Certificaciones**

***ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:***

Fecha Iniciación	Establecimiento	Dirección	Cargo y/o Tarea

Fecha: .....

Firma y Sello:.....