



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*

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

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

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

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

****adjuntar certificaciones.**



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:.....