



Ministerio
de Electricidad
y Energía Renovable

Cuenca, 27 / octubre / 2017

Ciudad, Fecha

Abogado

Rodrigo Salas

SUBSECRETARIO DE CONTROL Y APLICACIONES NUCLEARES

Quito.

De mi consideración:

Por medio del presente, Yo, Maria José Prados Flores, solicito de la manera más comedida se dé el trámite correspondiente a la documentación que adjunto con la finalidad dar cumplimiento a lo solicitado previo la concesión de:

LICENCIA INSTITUCIONAL	<input type="checkbox"/>	RAZÓN SOCIAL: _____
LICENCIA PERSONAL	<input checked="" type="checkbox"/>	
LICENCIA DE IMPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	RAZÓN SOCIAL: _____
AUTORIZACIÓN DE O.S.R.	<input type="checkbox"/>	
AUTORIZACIÓN DE IMPORTACIÓN	<input type="checkbox"/>	
SERVICIO DE DOSIMETRÍA	<input type="checkbox"/>	
APROBACIÓN-CÁLCULO BLINDAJE	<input type="checkbox"/>	
EVALUACION DOSIMÉTRICA	<input type="checkbox"/>	
MONITOREO RADIOLOGICO	<input type="checkbox"/>	
REEXPORTACION DE FUENTES	<input type="checkbox"/>	
MONITOREO DE TASA DE DOSIS	<input type="checkbox"/>	
CURSO DE PROTECCION RADIOLOGICA	<input type="checkbox"/>	
PRUEBAS DE FUGA Y CONTAMINACION	<input type="checkbox"/>	
INSPECCION DE SEGURIDAD RADIOLOGICA	<input type="checkbox"/>	
CALIBRACION DE DETECTORES DE RADIACION	<input type="checkbox"/>	
AUTORIZACION DE MOVILIZACION DE FUENTES RADIATIVAS	<input type="checkbox"/>	
OTROS	<input type="checkbox"/>	_____

Atentamente,

Firma

C.I. /RUC. 0-105783930

CORREO ELECTRÓNICO: jcpadros21@hotmail.com

PUESTO/CARGO: Odontóloga General

INSTITUCIÓN: Orthodont

TELÉFONO: 0998800170

DIRECCIÓN: Abelardo J. Andrade y Emilio Abad Aguilar s/n.

Recibido
06/11/2017

Se adjunta: _____

LJ

"El correo electrónico que usted proporcione servirá para remitir todas las comunicaciones respecto a su trámite, ya que no se enviará información física, la única documentación física que se entregará al usuario en las oficinas del MEER será cuando se trate de licencias, reportes dosimétricos, de laboratorio y certificados de calibración".



Ministerio
de Electricidad
y Energía Renovable



FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA PERSONAL
SUBSECRETARÍA DE CONTROL Y APLICACIONES NUCLEARES -SCAN
DIRECCIÓN DE LICENCIAMIENTO Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Importante:

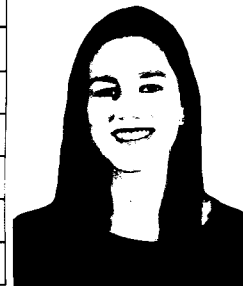
- 1.- Lea las indicaciones en la hoja adjunta antes de llenar la presente solicitud.
- 2.- Únicamente se aceptará solicitudes con todos los datos y documentación completa.
- 3.- Tres meses antes de caducar la licencia, iniciar el trámite para su renovación.

Licencia N°:-----

TIPO DE LICENCIA:	PROFESIONAL	<input checked="" type="checkbox"/>
	AUXILIAR	<input type="checkbox"/>
	PRÁCTICAS PREPROFESIONALES	<input type="checkbox"/>
	PRÁCTICAS DE POSTGRADO	<input type="checkbox"/>

1.- DATOS PERSONALES

Apellidos: Rodas Flores	
Nombres: María Jobe	
Cédula (Pasaporte):	0 1 0 5 7 8 3 9 3 0
Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>
Provincia: Azuay	020-262
Ciudad: Cuenca	
Dirección: Abelardo J. Andrade y Emilio Abad	Aguilar 5/N
Teléfono:	Celular: 0998800170
E-mail: jobe00621@hotmail.com	Código postal: 010215



2.- INSTITUCION DE TRABAJO

Nombre o Razón Social (Como indica en el RUC): Orthodont Clínica de especialidades odontológicas		
Tipo:	Estatul <input type="checkbox"/>	Privada <input checked="" type="checkbox"/>
Provincia: Azuay	Ciudad: Cuenca	Teléfono: 2882934
Dirección: Av. Remigio Crespo y Solano	e-mail: orthodontcuenca@gmail.com	
Departamento de Trabajo: Odontología General		
Horas de Trabajo por semana 40 horas		
Otra Institución:	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre o razón social:
Horas de Trabajo por semana en la otra institución:	Teléfono:	e-mail:

3.- FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

3.1.- ESTUDIOS PROFESIONALES

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	TÍTULO OBTENIDO	CIUDAD	PAÍS
Universidad Católica de Cuenca	Odontóloga General	Cuenca	Ecuador

3.2.- CURSOS, SEMINARIOS, TALLERES RELACIONADOS AL AREA DE TRABAJO

NOMBRE EVENTO	FECHA REALIZADA	DURACIÓN (HORAS)
Curso Básico de Protección Radiológica en Rx	5 y 6 de octubre	12 horas

3.3.- EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL ÁREA

Área de trabajo:	Tiempo:
Diagnóstico Radiográfico	40 horas

4.- DESCRIPCIÓN DE SUS FUNCIONES ACTUALES

* Odontología General
* Diagnóstico Radiográfico

5.- EQUIPO (S) QUE OPERA

Tipo: Diagnóstico, Terapia, Industria, Otro. (Especificar)	kVp Máximo	mA. Máximo	Propósito de uso
Diagnóstico	98 kVp	25 mA	Diagnóstico

6.- RADIOISOTOPO (S) QUE UTILIZA

Nombre del Radioisótopo	Tipo de fuente		Propósito de uso	ACTIVIDAD / PRACTICA (mCi)	No. PRACTICAS / MES
	Abierta	Sellada			

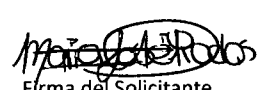
7.- DOSIMETRIA PERSONAL

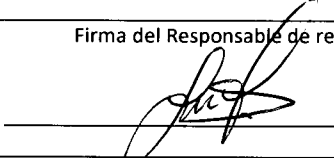
Tipo:	TLD ()	Film ()	Lapicera ()	Otra ()
-------	---------	----------	--------------	----------

DECLARACIÓN:

El/la que suscribe, declara que los datos y la información consignados en la presente solicitud y sus hojas adicionales son verdaderos y correctos, que conoce las normativas aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato todo cambio que se produzca respecto de los mismos.

Fecha de Presentación en la SCAN		
Día	Mes	Año
01	11	2017

Nombre y Apellido: <u>M. José Rodríguez</u>
 Firma del Solicitante

Firma del Responsable de recepción:


Fecha de recepción:
<u>01 11 2017</u>