



SOLICITUD DE AUTORIZACION INDIVIDUAL LÁSER e IPL
RESOLUCIÓN NAC. N° 1.271/01 - N° 1062/10 – “NORMAS DE USO DE EQUIPOS LÁSER – IPL”
(Los datos aquí consignados tienen carácter de **Declaración Jurada**)

1.- Datos personales:				
APELLIDO/S:				
NOMBRE/S:		FECHA NACIMIENTO:		
NACIONALIDAD:		DNI N°:		
DOMICILIO:	N°	PISO:	DPTO.	
BARRIO:	LOCALIDAD:	DEPARTAMENTO:		
PROVINCIA	CPA:			
TEL: ()	CELULAR: ()			
E-MAIL:				
2.- Antecedentes profesionales:				
TÍTULO PROFESIONAL:		EXTENDIDO POR:		
FECHA DE GRADUACIÓN:		MATRÍCULA N°		
ESPECIALIDAD:		OTORGADO POR:		
CERTIFICADO DE ESPECIALISTA N°		VENCE FECHA:		
3.- Se solicita autorización individual para actuar como responsable del uso de equipos LASER/ IPL destinados a:				
USO MÉDICO:		ESPECIALIDAD:		
USO ODONTOLÓGICO:				
USO KINESIOLÓGICO:				
USO VETERINARIO:				
OTRAS FINALIDADES (*):		ESPECIFICAR:		
(*) Incluye usos Industriales, de Investigación, etc.				
4.- Cursos realizados sobre el tema seguridad en aplicaciones de laser/IPL (adjuntar certificaciones):				
Fecha	Denominación del curso	Dictado por	Extensión	
5.- Experiencia previa en trabajos aplicaciones de LASER/IPL				
Desde	Hasta	Establecimiento	Dirección	Tarea/función
6.- Establecimientos donde se desempeña actualmente:				
Fecha de iniciación	Establecimiento	Domicilio	Cargo y/o tareas	

Lugar y Fecha: de de

.....
Firma y sello