



PLANILLA DE REGISTRO DE INSTALACIONES QUE POSEEN EQUIPOS LASER e IPL
(RESOLUCIÓN MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN N° 1.271/01 - N° 1062/10)

(Los datos aquí consignados tienen carácter de **Declaración Jurada**)

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE:.....

DEPARTAMENTO:..... **LOCALIDAD:**.....

DOMICILIO:

MAIL:..... **TEL/CEL:(.....):**.....

PROPIEDAD DE (RAZÓN SOCIAL).....

Servicio que desea habilitar/renovar:.....

Días y horario en el que funciona el servicio:.....

Carácter de la instalación: (marque con una cruz la casilla que corresponda si su instalación es nacional, provincial, etc)

NACIONAL PROVINCIAL MUNICIPAL PRIVADO

DATOS DEL RESPONSABLE DE INSTALACIÓN

Apellido:..... Nombre/s:

Tipo y N° Documento:

DATOS DEL RESPONSABLE DE USO

Apellido:..... Nombre/s:

DNI:Profesión.....Matricula Provincial N° :

Certificado de especialista N°Autorización Individual N°.....

CARACTERISTICAS DEL EQUIPO

Nº de sala	Marca	Modelo	Año	Tipo y long. de onda	Energía máxima	Estudio de seguridad y protección	USO

De las condiciones de protección general e individual:

Protección ocular Cantidad.....

Carteles de seguridad (Peligro y advertencia)

Superficies reflectantes

.....
Firma y sello Responsable de Uso

.....
Firma y sello Responsable de Instalación