

DATOS NECESARIOS DEL USUARIO PARA PROCEDER AL ALTA EN EL SERVICIO DE DOSIMETRIA

FECHA DE ALTA: _____

NOMBRE DE LA INSTALACION (ENTIDAD) A LA QUE PERTENECEN: _____

Nº USUARIO (No rellena)	N.I.F.	APELLIDOS, NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	SEXO (V/H)	DOSIMETRIA ABDOMEN(S/N) (SOLO PARA MUJERES EMBARAZADAS)	DOSIMETRIA ANILLO (INDICAR SI ES EN MANO DCHA , IZDA, O AMBAS MANOS)	PERSONAL SUBCONTRATADO (Si/No) (*)	TIPO TRABAJO (**)

* PERSONAL SUBCONTRATADO (Personas que trabajan en la instalación pero dependen de otra Empresa diferente a la explotadora de la misma):

· NOMBRE DE LA EMPRESA SUBCONTRATADA: _____

· C.I.F.: _____

· DIRECCION: _____

· POBLACION: _____ PROVINCIA: _____

· CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____ FAX: _____

**CONSULTAR FORMATO Nº 676

OBSERVACIONES:

- ◆ EN CASO DE SOLICITAR ADEMAS DEL DOSIMETRO PERSONAL DOSIMETRO/S DE EXTREMIDADES INDICAR EN LA CASILLA DE DOSIMETRIA DE ANILLO SI EL DOSIMETRO ES PARA LA MANO DERECHA, IZQUIERDA O AMBAS MANOS.
- ◆ EN EL CASO DE MUJERES EMBARAZADAS ADEMAS DE LA DOSIMETRIA PERSONAL HAY QUE SOLICITAR DOSIMETRIA DE ABDOMEN.