



Autoridad Regulatoria Nuclear  
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN

[www.arn.gov.ar](http://www.arn.gov.ar)

# REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN Y RENOVACIÓN DE PERMISOS INDIVIDUALES Y LECENCIAS DE OPERACIÓN

Lic. Ana María Bomben

Séptimo Curso "Actualización en Protección Radiológica para Médicos Radioterapeutas"  
23-25 de octubre de 2019

[www.arn.gov.ar](http://www.arn.gov.ar)

**NORMA AR 8.11.1 - PERMISOS INDIVIDUALES PARA EL EMPLEO DE MATERIAL RADIOACTIVO O RADIACIONES IONIZANTES EN SERES HUMANOS. Rev. 2**

**NORMA AR 8.11.2 - REQUISITOS MÍNIMOS DE FORMACIÓN CLÍNICA ACTIVA PARA LA OBTENCIÓN DE PERMISOS INDIVIDUALES CON FINES MÉDICOS. Rev. 0**

**RESPONSABILIDADES DEL POSEEDOR DE UN PERMISO INDIVIDUAL**



**NORMA AR 8.11.1 - PERMISOS INDIVIDUALES PARA EL EMPLEO DE MATERIAL RADIOACTIVO O RADIACIONES IONIZANTES EN SERES HUMANOS. Rev. 2**

**NORMA AR 8.11.2 - REQUISITOS MÍNIMOS DE FORMACIÓN CLÍNICA ACTIVA PARA LA OBTENCIÓN DE PERMISOS INDIVIDUALES CON FINES MÉDICOS. Rev. 0**

**RESPONSABILIDADES DEL POSEEDOR DE UN PERMISO INDIVIDUAL**



# Permisos Individuales

## Norma AR 8.11.1



AR 8.11.1.

**Permisos individuales  
para el empleo de material  
radiactivo o radiaciones  
ionizantes en seres humanos**

REVISIÓN 2

Aprobada por Resolución del Directorio de la Autoridad  
Regulatoria Nuclear N° 62/04 (Boletín Oficial 8/09/04)

# Permisos Individuales

## Norma AR 8.11.1

### ✓ OBJETIVO

Establecer los requisitos que debe cumplir un médico para solicitar y renovar permisos individuales.

### ✓ ALCANCE

Esta norma es aplicable a todo médico que solicite un permiso individual para realizar prácticas en instalaciones Clase II licenciadas por la Autoridad Regulatoria que involucren el empleo de material radiactivo o radiaciones ionizantes en seres humanos.

El cumplimiento de la presente norma y de las normas y requerimientos establecidos por la Autoridad Regulatoria, no exime del cumplimiento de otras normas y requerimientos no relacionados con la seguridad radiológica, establecidos por otras autoridades.



# Permisos Individuales

## Norma AR 8.11.1

### ✓ EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS

**Permiso Individual:** Certificado, expedido por la Autoridad Regulatoria, por el que se autoriza a una persona a trabajar con fuentes de radiación, en una instalación Clase II o en una práctica no rutinaria.

### ✓ REQUISITOS GENERALES

(8) Sólo se podrá emplear material radiactivo o radiaciones ionizantes en seres humanos cuando se posea un permiso individual para tal propósito, otorgado por la Autoridad Regulatoria.

(9) El poseedor de un permiso individual estará autorizado a realizar sólo aquellas prácticas expresamente indicadas en el mismo, y podrá efectuarlas únicamente en instalaciones que cuenten con la correspondiente Licencia de Operación otorgada por la Autoridad Regulatoria.



### ✓ SOLICITUD DE PERMISOS INDIVIDUALES

(10) El médico que solicita un permiso individual

- debe estar habilitado para ejercer su profesión,
- tener una adecuada formación teórica en el empleo de material radiactivo o radiaciones ionizantes en seres humanos adquirida mediante la realización de cursos reconocidos por la Autoridad Regulatoria, y
- haber realizado un entrenamiento apropiado por medio de una participación clínica activa.





### ✓ SOLICITUD DE PERMISOS INDIVIDUALES

#### FORMACIÓN TEÓRICA

(17) La aprobación de cursos universitarios de postgrado o de cursos terciarios nacionales o extranjeros de distintas sociedades o asociaciones médicas, reconocidos por la Autoridad Regulatoria, en especialidades médicas que contemplen el empleo de material radiactivo o radiaciones ionizantes en seres humanos, permitirá al solicitante demostrar que ha obtenido la formación teórica necesaria.



# Permisos Individuales

IRU-GSRFYS-02 R02 Vigencia: 06/09/2019



*Autoridad Regulatoria Nuclear*

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

## CURSOS Y CARRERAS EXTERNOS RECONOCIDOS QUE ACREDITAN FORMACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS INDIVIDUALES EN INSTALACIONES RADIATIVAS CLASE II Y III

ACTUALIZACIÓN: SEPTIEMBRE 2019

INSTITUCIÓN	CURSO/CARRERA	ACREDITA	RESOLUCIÓN FECHA
CNEA - INSTITUTO DAN BENINSON UNSAM	Metodología y Aplicación de Radionucleidos	Capacitación teórica para permiso individual de Medicina Nuclear Diagnóstico y Tratamiento; Radioinmunoanálisis; Investigación "in vitro" relacionada con seres humanos.	15/01 14/09/2001
CNEA - INSTITUTO DAN BENINSON UNSAM	Dosimetría en Radioterapia	Capacitación teórica para permiso individual de Radioterapia.	15/01 14/09/2001
CNEA - INSTITUTO DAN BENINSON UNSAM	Física de la Radioterapia	Capacitación teórica para permiso individual de Especialista en Física de la Radioterapia.	15/01 14/09/2001
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES FACULTAD DE MEDICINA	Carrera de Médico Especialista en Medicina Nuclear	Capacitación teórica y práctica clínica activa para permiso individual de Medicina Nuclear.	15/01 14/09/2001
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES FACULTAD DE FARMACIA Y	Metodología y Aplicación de Radioisótopos	Capacitación teórica para permiso individual de Medicina Nuclear Diagnóstico y Tratamiento;	34/03

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR  
Av. del Libertador 8250 – Ofic. 317– (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires  
Tel.: (011)-5789-7600; Fax: (011)-6323-1300  
Horario de atención: 9 a 15 hs.  
Web: <https://www.argentina.gob.ar/am> - E-mail: [am@am.gob.ar](mailto:am@am.gob.ar)

# Permisos Individuales

IRU-GSRFYS-02 R02 Vigencia: 06/09/2019



*Autoridad Regulatoria Nuclear*

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

## CURSOS Y CARRERAS EXTERNOS RECONOCIDOS QUE ACREDITAN FORMACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS INDIVIDUALES EN INSTALACIONES RADIACTIVAS CLASE II Y III

ACTUALIZACIÓN: SEPTIEMBRE 2019

INSTITUCIÓN	CURSO/CARRERA	ACREDITA	RESOLUCIÓN FECHA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA FACULTAD DE MATEMÁTICA, ASTRONOMÍA Y FÍSICA	Curso Dosimetría en Radioterapia	Capacitación teórica para permiso individual de Radioterapia.	142/15 10/03/2015
FUNDACIÓN ESCUELA DE MEDICINA NUCLEAR (FUESMEN)	Dosimetría en Radioterapia	Formación teórica de médicos para permiso individual de Radiocoloides; Braquiterapia; Telecobaltoterapia; Aplicadores superficiales; Aceleradores Lineales. Formación teórica para permiso individual de Técnico en Física de la Radioterapia. Parte de la formación teórica para permiso individual de Especialista en Física de la Radioterapia.	10/00 16/06/2000



# Permisos Individuales

IRU-GSRFYS-02 R02 Vigencia: 06/09/2019



*Autoridad Regulatoria Nuclear*

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

## CURSOS Y CARRERAS EXTERNOS RECONOCIDOS QUE ACREDITAN FORMACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS INDIVIDUALES EN INSTALACIONES RADIATIVAS CLASE II Y III

ACTUALIZACIÓN: SEPTIEMBRE 2019

INSTITUCIÓN	CURSO/CARRERA	ACREDITA	RESOLUCIÓN FECHA
INSTITUTO BALSEIRO - FUNDACIÓN ESCUELA DE MEDICINA NUCLEAR	Maestría en Física Médica (orientación en Medicina Nuclear y Radioterapia)	Formación teórica para permiso individual de Especialistas Físicos a desempeñarse en instalaciones de Medicina Nuclear y Radioterapia.	22/11 7/02/2011
UNIVERSIDAD FAVALORO	Ingeniería en Física Médica	Formación teórica para permiso individual de Especialistas en Física de la Radioterapia.	06/03 12/05/2003
UNIVERSIDAD NACIONAL GENERAL SAN MARTÍN (UNSAM) ESCUELA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA	Licenciatura en Física Médica	Formación teórica para permiso individual de Especialistas en Física de la Radioterapia".	06/03 12/05/2003



# Permisos Individuales

IRU-GSRFYS-02 R02 Vigencia: 06/09/2019



*Autoridad Regulatoria Nuclear*

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

## CURSOS Y CARRERAS EXTERNOS RECONOCIDOS QUE ACREDITAN FORMACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS INDIVIDUALES EN INSTALACIONES RADIATIVAS CLASE II Y III

ACTUALIZACIÓN: SEPTIEMBRE 2019

INSTITUCIÓN	CURSO/CARRERA	ACREDITA	RESOLUCIÓN FECHA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS	Licenciatura en Física Médica	Formación teórica para permiso individual de Especialista Físico en Radioterapia.	55/08 21/05/2008
UNIVERSIDAD DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS	Curso Dosimetría en Radioterapia	Capacitación teórica para futuros médicos radioterapeutas, técnicos en Radioterapia y como curso inicial para físicos en Radioterapia.	278/09 11/12/2009
FUNDACIÓN MARIE CURIE	Curso de Actualización en Protección Radiológica para Médicos Radioterapeutas	Actualización en protección radiológica para renovación de permisos individuales para Médicos Radioterapeutas.	49/10 4/05/2010
FUNDACIÓN MARIE CURIE INSTITUTO PRIVADO DE RADIOTERAPIA (IPR)	Residencia Médica en Radioterapia Oncológica	Capacitación teórico-práctica activa para permisos individuales para "Uso de aceleradores lineales, betatrones, o generadores de alta energía, bimodal" y "Uso de fuentes selladas en aplicaciones intersticiales, superficiales e intracavitarias".	178/13 16/05/2013

# Permisos Individuales

IRU-GSRFYS-02 R02 Vigencia: 06/09/2019



*Autoridad Regulatoria Nuclear*

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

## CURSOS Y CARRERAS EXTERNOS RECONOCIDOS QUE ACREDITAN FORMACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS INDIVIDUALES EN INSTALACIONES RADIATIVAS CLASE II Y III

ACTUALIZACIÓN: SEPTIEMBRE 2019

INSTITUCIÓN	CURSO/CARRERA	ACREDITA	RESOLUCIÓN FECHA
ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA (AMA)	Curso de Actualización en Protección Radiológica para Médicos	Actualización en protección radiológica para renovación de permisos individuales para	107/10 11/08/2010
SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA RADIANTE ONCOLÓGICA (SATRO)	Radioterapeutas	Médicos Radioterapeutas.	



### ✓ SOLICITUD DE PERMISOS INDIVIDUALES

**(18) En forma alternativa y en los casos en que el solicitante de un permiso individual no pueda acreditar conocimientos y experiencia en el empleo de material radiactivo o radiaciones ionizantes de acuerdo a los requisitos antes mencionados podrá solicitar, con carácter de excepción, un reconocimiento de su formación teórico-práctica.**

**Para que la excepción sea considerada, el solicitante deberá adjuntar a la solicitud de permiso individual, la documentación probatoria de sus conocimientos y experiencia y, eventualmente, rendir una evaluación ante la Autoridad Regulatoria.**



### ✓ SOLICITUD DE PERMISOS INDIVIDUALES

(12) El entrenamiento consistirá en la realización de períodos de capacitación sujetos a las condiciones particulares establecidas por la Autoridad Regulatoria para cada tipo de práctica e incluirá, como mínimo, una participación clínica activa en los siguientes aspectos:

- Examen de un número apropiado de pacientes para analizar la conveniencia de emplear material radiactivo o radiaciones ionizantes en diagnóstico o tratamiento y la formulación de recomendaciones sobre la dosificación a ser prescripta.
- Participación apropiada para cada práctica en la calibración y administración de dosis para el diagnóstico o el tratamiento.
- Seguimiento de la evolución de los pacientes durante el tratamiento y post-tratamiento, a fin de evaluar la eficiencia de los métodos utilizados y sus posibles implicancias desde el punto de vista de la protección radiológica del paciente.





### ✓ SOLICITUD DE PERMISOS INDIVIDUALES

(13) El entrenamiento debe ser realizado en una instalación Clase II con Licencia de Operación vigente, que cuente con los medios adecuados para su realización y ser supervisada por un preceptor aceptado previamente por la Autoridad Regulatoria.

La instalación y su Licencia de Operación deberán ser acordes a la práctica para la cual se realiza el entrenamiento.

El respectivo titular de licencia deberá prestar conformidad para la realización del entrenamiento.



### ✓ SOLICITUD DE PERMISOS INDIVIDUALES

(14) El preceptor debe haber desempeñado en forma continua la práctica médica de que se trate y podrá supervisar entrenamientos sólo en los casos en que no se presenten incompatibilidades ni vínculos de orden profesional, familiar o comercial con el practicante.

#### PRECEPTOR:

Médico de reconocida trayectoria profesional, poseedor de un permiso individual vigente para la práctica en la que entrenará al médico solicitante del permiso individual para el uso de material radiactivo o radiaciones ionizantes, que haya renovado al menos una vez su permiso individual y que cumple, a satisfacción de la Autoridad Regulatoria, los requisitos necesarios para entrenar a solicitantes de permisos individuales. (Explicación de términos)



### ✓ SOLICITUD DE PERMISOS INDIVIDUALES

**(15) El preceptor debe comunicar a la Autoridad Regulatoria la iniciación del entrenamiento de todo solicitante de un permiso individual, dentro de los quince (15) días de ocurrida tal iniciación.**

**Dicha comunicación debe incluir el programa y la duración estimada del entrenamiento a ser realizado.**

**La falta de dicha comunicación implicará el desconocimiento por parte de la Autoridad Regulatoria del entrenamiento efectuado.**



### ✓ SOLICITUD DE PERMISOS INDIVIDUALES

(16) El preceptor debe acreditar la efectiva realización del entrenamiento a través de una declaración jurada.

La información consignada en dicha declaración deberá ser verificable.

El preceptor debe asegurar, de igual forma, que la realización del entrenamiento ha proporcionado al solicitante una adecuada formación en la práctica pertinente que le permita emplear materiales radiactivos o radiaciones ionizantes en seres humanos sin necesidad de supervisión.



# Permisos Individuales

## Informe del preceptor

### Informe del preceptor:

- Declaro bajo juramento ....
- ha cumplido con la práctica clínica activa requerida....
- ha obtenido una adecuada formación, que le permitirá realizar trabajos con radiaciones ionizantes en seres humanos, sin supervisión.



### INFORME DEL PRECEPTOR

Declaro bajo juramento que .....  
Matrícula N° ..... ha cumplido con la práctica clínica activa requerida por la Norma AR 8.11.2 "Requisitos mínimos de formación clínica activa para la obtención de permisos individuales con fines médicos" aprobada por Resolución del Directorio de la Autoridad Regulatoria Nuclear N° 20/02, y que en consecuencia,

- ha obtenido
- no ha obtenido

una adecuada formación, que le permitirá realizar trabajos con trazadores radiactivos y/o radiaciones ionizantes en seres humanos, sin supervisión.

El juicio emitido por el suscripto se fundamenta en las consideraciones siguientes:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
..... (\*)

..... de ..... de 20.....

.....  
Firma del Preceptor

.....  
Aclaración

(\*) Este espacio no debe quedar nunca en blanco.

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR  
Av. del Libertador 8250 – Ofic. 317 – (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires  
Tel.: (011)-6323-1356/1355; 0-800-555-1489; Fax: (011)-6323-1771/1798  
Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs  
Web: [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - e-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)

# Permisos Individuales

## Declaración jurada del preceptor

### Declaración jurada del preceptor:

- ha realizado la práctica activa que estipulan las normas en vigencia...
- ... práctica fue realizada en (Nombre de la Institución, Servicio, etc.) ....
- entre el día ..... y el día ....., bajo su dirección y responsabilidad,



### DECLARACIÓN JURADA DEL PRECEPTOR

1. Quien suscribe Dr.(a)....., certifica que el (la) Dr (a) ..... DNI:.....Matrícula Profesional N° ..... ha realizado la práctica activa que estipulan las normas en vigencia para solicitar permiso individual para el uso de radioisótopos y/o radiaciones ionizantes con el propósito de .....



Dicha práctica fue realizada en (Nombre de la Institución, Servicio, etc.) ..... entre el día ..... de ..... de ..... y el día ..... de ..... de ..... bajo su dirección y responsabilidad, con ..... horas efectivas de trabajo.

Lugar y Fecha .....

Firma del Preceptor

Aclaración o Sello

#### PARA SER CUMPLIMENTADO SOLO EN EL CASO DE USO MÉDICO DE MATERIAL RADIATIVO O RADIACIONES IONIZANTES

2. En adición a lo expresado en el punto 1 de este formulario, se certifica que el (la) Dr (a) ..... ha participado activamente en: a) el examen de los pacientes que se detallan a continuación, para determinar la conveniencia de emplear el radioisótopo o radiación arriba citados con el propósito indicado; b) la formulación de recomendaciones sobre la dosificación a ser prescrita; c) la administración del material radiactivo o de las dosis de radiación (según el caso); d) la realización de mediciones y la evaluación de los datos obtenidos; e) el seguimiento de la evolución de los pacientes durante el tratamiento y el postratamiento.

	Número de la historia clínica o de identificación del paciente	Diagnóstico que motivó el uso o que resultó de él	Modo (1)	Fecha de la aplicación
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Continúa al dorso

<sup>1</sup> Para el caso de Aceleradores Lineales Bimodales indicar en la columna Modo si es: (F) Modo Fotones, (E) Modo Electrones o (B) Bimodal. Además indicar en "Modo" cuáles son los casos combinados con Braquiterapia (C)

### ✓ VALIDEZ Y RENOVACIÓN DE PERMISOS INDIVIDUALES

(21) Los permisos individuales otorgados para el empleo de material radiactivo o radiaciones ionizantes en seres humanos tendrán una validez de cinco (5) años, salvo que la Autoridad Regulatoria especifique un período de validez menor.

(22) El médico que desee renovar un permiso individual debe iniciar la pertinente tramitación ante la Autoridad Regulatoria sesenta (60) días antes de la fecha de vencimiento establecida en el permiso. Asimismo deberá acreditar que:

- Durante la vigencia del permiso se ha desempeñado efectivamente en la práctica indicada en el mismo.
- Cuenta con antecedentes curriculares y con una adecuada actualización en la práctica contemplada en el permiso a renovar, incluyendo aspectos de protección radiológica asociados a la misma.



### ✓ VALIDEZ Y RENOVACIÓN DE PERMISOS INDIVIDUALES

(23) El médico que no haya cumplido lo establecido en el requisito 22 y desee renovar su permiso individual dentro del año posterior a la fecha de su vencimiento deberá acreditar, a satisfacción de la Autoridad Regulatoria, que se ha desempeñado bajo supervisión de un profesional con permiso individual vigente durante dicho plazo.

(24) El médico que no haya cumplido lo establecido en el requisito 22 y desee renovar su permiso individual luego del año posterior a su vencimiento, deberá realizar nuevamente el entrenamiento.





**NORMA AR 8.11.1 - PERMISOS INDIVIDUALES PARA EL EMPLEO DE MATERIAL RADIOACTIVO O RADIACIONES IONIZANTES EN SERES HUMANOS**

**NORMA AR 8.11.2 - REQUISITOS MÍNIMOS DE FORMACIÓN CLÍNICA ACTIVA PARA LA OBTENCIÓN DE PERMISOS INDIVIDUALES CON FINES MÉDICOS**

**RESPONSABILIDADES DEL POSEEDOR DE UN PERMISO INDIVIDUAL**



# Permisos Individuales

## Norma AR 8.11.2



AR 8.11.2.

Requisitos mínimos de formación clínica activa para la obtención de permisos individuales con fines médicos

---

REVISIÓN 0

Aprobada por Resolución del Directorio de la Autoridad Regulatoria Nuclear N° 20/02 (Boletín Oficial 22/7/02)

---

# Permisos Individuales

## Norma AR 8.11.2

### ✓ OBJETIVO

Establecer los requisitos mínimos de formación clínica activa necesarios para poder obtener permisos individuales.

### ✓ ALCANCE

Esta norma es aplicable los médicos que soliciten permiso individual para realizar prácticas en instalaciones Clase II licenciadas por la Autoridad Regulatoria que involucren el empleo de material radiactivo o radiaciones ionizantes en seres humanos.

El cumplimiento de esta norma no exime del cumplimiento de otras normas y requerimientos aplicables que establezcan otras autoridades competentes no relacionadas con la protección radiológica de las personas y la seguridad de las instalaciones.



### ✓ REQUISITOS

#### Uso de Equipos de Teleterapia

(32) El médico debe:

- haber aprobado un curso de dosimetría en radioterapia reconocido por la Autoridad Regulatoria y
- realizar la práctica activa requerida en la norma AR 8.11.1, desempeñándose en forma continua en un servicio en el que se utilicen equipos de telecobaltoterapia o aceleradores lineales en modo fotones y que posean equipamiento de simulación y sistemas de planificación dosimétrica.



### ✓ REQUISITOS

#### Telegammaterapia (Propósito 3.5) (tele/cobaltoterapia)

**(33) El médico debe haber participado activamente en la**

- **indicación,**
- **simulación,**
- **planificación,**
- **ejecución del tratamiento,**
- **evaluación y seguimiento**

**de un mínimo de cincuenta (50) pacientes, tratados con equipos de telecobaltoterapia, de los cuales al menos diez (10) deben ser tratamientos combinados con braquiterapia, en un plazo no menor de seis (6) meses.**

**La participación clínica activa se llevará a cabo con arreglo a lo estipulado en los requisitos aplicables de la norma AR 8.11.1.**



### ✓ REQUISITOS

#### Uso de Aceleradores Lineales (Propósito 3.7)

(34) El médico debe haber participado activamente en la

- indicación,
- simulación,
- planificación,
- ejecución del tratamiento,
- evaluación y seguimiento

de un mínimo de cien (100) pacientes, tratados con equipos aceleradores lineales, de los cuales al menos diez (10) deben ser tratamientos combinados con braquiterapia, en un plazo no menor de un (1) año.

La participación clínica activa se llevará a cabo con arreglo a lo estipulado en los requisitos aplicables de la norma AR 8.11.1.



### ✓ REQUISITOS

#### Uso de Aceleradores Lineales (Propósito 3.7)

**(35) Si el médico posee un permiso individual previo para telegammaterapia, debe participar activamente en la**

- **indicación,**
- **simulación,**
- **planificación,**
- **ejecución del tratamiento,**
- **evaluación y seguimiento**

**de un mínimo de cincuenta (50) pacientes, tratados con equipos aceleradores lineales, de los cuales al menos diez (10) deben ser tratamientos combinados con braquiterapia, en un plazo no menor de seis (6) meses.**

**La participación clínica activa se llevará a cabo con arreglo a lo estipulado en los requisitos aplicables de la norma AR 8.11.1.**



## *Permisos Individuales*

---

### ✓ REQUISITOS

#### **Uso de Equipos Aceleradores Lineales para Radiocirugía (Propósito 3.7 Radiocirugía)**

**La ARN está en contacto con la nueva Sociedad Argentina de Radiocirugía.**

**Establecer requisitos y modalidades.**





### ✓ REQUISITOS

#### Uso de Fuentes Selladas en Braquiterapia (Propósito 3.4.1)

(16) El médico debe poseer permiso individual para el uso de equipos de teleterapia con fotones.

(17) El médico debe haber participado activamente en un mínimo de treinta (30) tratamientos que comprendan las diferentes técnicas (baja o alta tasa de dosis, carga diferida manual o remota), y el uso de distintos tipos de fuentes y radioisótopos autorizados para aplicaciones intersticiales e intracavitarias. Estos tratamientos pueden ser realizados en forma simultánea con la práctica activa cumplida para teleterapia con fotones. La participación clínica activa se llevará a cabo en un plazo no menor de seis (6) meses, con arreglo a lo estipulado en los requisitos aplicables de la Norma AR 8.11.1.



### ✓ REQUISITOS

#### Uso de Fuentes Selladas en Braquiterapia (Propósito 3.4.1)

El médico debe haber participado activamente en un mínimo de treinta (30) tratamientos que comprendan las diferentes técnicas (baja o alta tasa de dosis, carga diferida manual o remota), y el uso de distintos tipos de fuentes y radioisótopos autorizados para aplicaciones intersticiales e intracavitarias.

- Un 20% de dicha prácticas deben realizarse en alguna de las modalidades de aplicación, baja o alta tasa de dosis, tendiente a conseguir un entrenamiento adecuado (CAAR 25/3/2010)



### ✓ REQUISITOS

#### Uso de Fuentes Selladas en Aplicaciones Superficiales (Propósito 3.6.1)

**(18) El médico debe poseer permiso individual para el uso de equipos de teleterapia con fotones.**

**(19) El médico debe haber participado activamente en el tratamiento de lesiones superficiales con radiación beta o rayos x blandos en un mínimo de quince (15) pacientes, con arreglo a lo estipulado en los requisitos aplicables de la norma AR 8.11.1.**



**NORMA AR 8.11.1 - PERMISOS INDIVIDUALES PARA EL EMPLEO DE MATERIAL RADIOACTIVO O RADIACIONES IONIZANTES EN SERES HUMANOS**

**NORMA AR 8.11.2 - REQUISITOS MÍNIMOS DE FORMACIÓN CLÍNICA ACTIVA PARA LA OBTENCIÓN DE PERMISOS INDIVIDUALES CON FINES MÉDICOS**

**RESPONSABILIDADES DEL POSEEDOR DE UN PERMISO INDIVIDUAL**



### ✓ RESPONSABILIDADES DEL POSEEDOR DE UN PERMISO INDIVIDUAL

(25) El poseedor de un permiso individual debe:

- Optimizar el empleo de equipos y técnicas para que las dosis innecesarias, a los fines del procedimiento, resulten tan bajas como sea razonablemente alcanzable.
- Cumplir con los procedimientos establecidos para asegurar su propia protección, la de los demás trabajadores, la de los pacientes y la del público.
- Suministrar toda la información sobre temas sujetos a regulación que le sea solicitada por personal de la Autoridad Regulatoria.



### ✓ RESPONSABILIDADES DEL POSEEDOR DE UN PERMISO INDIVIDUAL

(25) El poseedor de un permiso individual debe:

- **Comunicar al responsable de la instalación Clase II en la que desarrolla sus tareas, en forma inmediata, la ocurrencia de sucesos que afecten, o puedan afectar, la protección radiológica de las personas y la seguridad de la instalación. Dicha comunicación al Responsable de la instalación debe realizarse por escrito dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de producido el o los sucesos, adjuntando un primer informe de lo acontecido.**
- **Presentar el permiso en cada oportunidad en que le sea requerido por personal de la Autoridad Regulatoria.**



# Permisos Individuales

## Instrucciones generales para solicitud de permiso individual

**Formación teórica:** Nombre del curso, reconocido por la Autoridad Regulatoria Nuclear, realizado para el uso del material radiactivo o radiaciones ionizantes, tema, fechas entre las que lo realizó y fecha de aprobación.

**Práctica:** Este punto se completará en el caso de que los permisos solicitados requieran una experiencia práctica previa indicando el Apellido y Nombre o razón social el lugar donde realizó las prácticas, fechas de inicio y finalización, el tipo de práctica y el nombre del Preceptor.



Autoridad Regulatoria Nuclear  
DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

### INSTRUCCIONES GENERALES PARA COMPLETAR LA "SOLICITUD DE PERMISO INDIVIDUAL PARA EL USO DE RADIOISÓTOPOS O RADIACIONES IONIZANTES"

La solicitud no quedará con espacios en blanco, y deberá ser fechada y firmada por el solicitante. Este formulario tiene características de declaración jurada.

#### Punto 1.

Apellido y nombre: El que figura en el Documento Nacional de Identidad. Las mujeres deben indicar el apellido de soltera. El solicitante deberá adjuntar fotocopia del documento nacional de identidad donde se observen claramente el apellido, nombres y N° del documento.

CUIT/CUIL: Indicar el número de CUIT/CUIL correspondiente a la persona física.

Domicilio legal: Domicilio que declara el solicitante, en el que se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales y extrajudiciales, lo cual incluye el permiso individual que se solicita.

Título: El solicitante deberá presentar una copia certificada de los títulos que se requieran específicamente para el propósito de uso del material radiactivo o las radiaciones ionizantes solicitado, que no hubiera presentado con antelación.

Domicilio particular: Domicilio que declara el solicitante que corresponde a su vivienda particular.

Permisos previos: Indicar el Número de cada uno de los permisos individuales que haya obtenido con anterioridad, incluyendo aquellos que eventualmente esté renovando en esta oportunidad.

#### Punto 2.

Ubicación de la Instalación o lugar habitual de trabajo: Apellido y Nombre ó razón social, y domicilio en el que se usarán los materiales radiactivos o radiaciones ionizantes una vez obtenido el permiso individual.

#### Punto 3.

Formación teórica: Nombre del curso, reconocido por la Autoridad Regulatoria Nuclear, realizado para el uso del material radiactivo o radiaciones ionizantes, tema, fechas entre las que lo realizó y fecha de aprobación. Se pueden incluir en este punto otros cursos que el solicitante considere de utilidad para evaluar sus antecedentes.

#### Punto 4.

Práctica: Este punto se completará en el caso de que los permisos solicitados requieran una experiencia práctica previa indicando el Apellido y Nombre o razón social el lugar donde realizó las prácticas, fechas de inicio y finalización, el tipo de práctica y el nombre del Preceptor.

#### Punto 5.

Materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes: Completar cada uno de los ítems indicados en la solicitud, según corresponda al propósito de uso para el que solicita el permiso individual. Puede incluirse más de un propósito de uso en la misma solicitud.

De no existir razones técnicas administrativas en contrario y, una vez presentada toda la documentación requerida, el otorgamiento del permiso individual correspondiente requiere de una gestión no menor de (60) días corridos, por parte de la Autoridad Regulatoria Nuclear.

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR - Subgerencia Control de Instalaciones Radiactivas Clase II y III.  
Av. del Libertador 8250, oficina 317 (C1429BNP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Tel.: (011) 6323-1356,  
0-800-555-1489, Fax: (011) 6323-1771/1798. Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de la Tesorería: 10:00 a  
15:00 hs. <http://www.arn.gob.ar> e-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)

# Permisos Individuales

## Solicitud de permiso individual



### SOLICITUD DE PERMISO INDIVIDUAL PARA EL USO DE RADIOISÓTOPOS O RADIACIONES IONIZANTES

#### 1. Datos del solicitante

Apellido y Nombre:					
Fecha de Nacimiento:			Dirección de Correo Electrónico:		
DNI, LE o LC:			CUIT/CUIL:		
<b>Domicilio Legal</b> (En este domicilio se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales):					
Calle:					Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:		Provincia:	
Código Postal:		Teléfono:		Fax:	
Profesión:			Título Universitario:		
Otorgado por:				Fecha:	
Especialidad:				Certificado o título:	
Otorgado por:				Fecha:	
<b>Domicilio Particular</b> - Calle:					Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:		Provincia:	
Código Postal:		Teléfono:		Fax:	
Permisos previos (si los hubiere)	Nro.:	Nro.:	Nro.:	Nro.:	Nro.:

#### 2. Ubicación de la Instalación o lugar habitual de trabajo

Apellido y Nombre, Razón Social o Denominación Social:					
Domicilio - Calle:					Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:		Provincia:	
Código Postal:		Teléfono:		Dirección de Correo Electrónico:	

#### 3. Formación Teórica

Curso	Tema	Fecha	Duración (en h de clase)	Fecha de examen aprobado

#### 4. Práctica (en los casos que corresponda)

Lugar	Tipo de práctica	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Preceptor <sup>(1)</sup>

#### 5. Materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes

Isótopo	Forma física o equipo	Energía, potencial del acelerador o actividad máximos			Propósito de uso
		eV	V	Bq	

#### DECLARACIÓN JURADA:

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

Lugar y fecha

Nombre y Apellido:

Firma:

**Instrucciones:** Utilice hojas adicionales si el lugar disponible en cada punto no es suficiente y envíe este formulario a la AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR.

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR  
Av. del Libertador 8250 – Ofic. 317 – (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires  
Tel.: (011)-6323-1356/1355; 0-800-555-1489; Fax: (011)-6323-1771/1798  
Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs  
Web: [www.am.gob.ar](http://www.am.gob.ar) - E-mail: [am@am.gob.ar](mailto:am@am.gob.ar)

De no existir razones técnico administrativas en contrario y, una vez presentada toda la documentación requerida, el otorgamiento del permiso individual correspondiente requiere de una gestión no menor de (60) días corridos, por parte de la Autoridad Regulatoria Nuclear.

<sup>(1)</sup> La presente solicitud debe ser acompañada con el "Informe del Preceptor" de cada una de las personas indicadas en este rubro, si corresponde, requisito sin el cual no será considerada.



# Licencia de Operación

## Instrucciones para solicitud de autorización de operación para radiaciones ionizantes

La persona física (humana) o jurídica que será Titular de la Autorización solicitada, deberá indicar según corresponda, el Apellido y nombre o razón social o denominación social.

En el caso de la persona jurídica deberá adjuntar a los formularios la documentación que acredite la capacidad de la misma, junto a la acreditación de la facultad del representante.

La persona jurídica puede ser una Sociedad Anónima, una Sociedad de Responsabilidad Limitada o una Sociedad de Hecho.

Dicha documentación deberá presentarse en copia certificada por escribano público o autoridad competente.

En el caso de Instituciones Públicas, deberá adjuntar la fotocopia de la Resolución por la cual se designa a la persona que ejerce la responsabilidad legal, certificada por autoridad competente.



Autoridad Regulatoria Nuclear

DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

### INSTRUCCIONES GENERALES PARA COMPLETAR LA "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE OPERACIÓN PARA EL USO DE RADIOISÓTOPOS O RADIACIONES IONIZANTES".

La solicitud no deberá tener espacios en blanco, deberá ser fechada y firmada por el representante legal del solicitante. Este formulario tiene características de declaración jurada por lo que deberá ser entregada en doble faz.

Punto 1.

Apellido y Nombre, o Razón Social o Denominación Social:

La persona física o jurídica que será titular de la Autorización solicitada, deberá indicar según corresponda, el Apellido y nombre o razón social o denominación social. En el caso de la persona jurídica deberá adjuntar a los formularios la documentación que acredite la capacidad de la misma, junto a la acreditación de la facultad del representante. La persona jurídica puede ser una Sociedad Anónima, una Sociedad de Responsabilidad Limitada o una Sociedad de Hecho. Dicha documentación deberá presentarse en copia certificada por escribano público o autoridad competente. En el caso de Instituciones Públicas, deberá adjuntar la fotocopia de la Resolución por la cual se designa a la persona que ejerce la responsabilidad legal, certificada por autoridad competente.

Domicilio legal:

Domicilio que declara el solicitante, en el que se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales y extrajudiciales, lo cual incluye el envío de la Autorización de Operación solicitada.

Domicilio Real:

Domicilio que declara el solicitante en el que se tendrán por válidas el envío de facturas, notas de débito, crédito, recibos. En caso de que el pago esté a cargo de una persona física o jurídica distinta del usuario se deberá presentar el formulario F-3AX-06 "FACTURACIÓN DE LA TASA REGULATIVA" con la información necesaria.

Autorizaciones previas:

Indicar el Número de cada una de las Autorizaciones de Operación que haya obtenido con anterioridad, incluyendo aquella(s) que eventualmente esté renovando en esta oportunidad.

CUIT/CUIL:

Indicar el número de CUIT/CUIL correspondiente a la persona física o jurídica.

Punto 2.

Materiales Radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes:

Completar cada uno de los ítems indicados en la solicitud, según corresponda al propósito de uso para el que solicita la Autorización de Operación. Puede incluirse más de un propósito en la misma solicitud.

Punto 3.

Ubicación de la Instalación o lugar habitual de las prácticas:

Dirección donde el solicitante realizará las prácticas con materiales radiactivos o radiaciones ionizantes o, de corresponder, sólo la dirección del lugar del depósito de los materiales radiactivos.

Punto 4.

Responsable con permiso individual:

Datos del Responsable por la seguridad radiológica de la instalación o de las prácticas aquí indicadas, con Permiso Individual emitido por la Autoridad Regulatoria Nuclear.

Punto 5.

Otras personas que utilizarán los materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes:

Datos de otras personas con Permiso Individual que trabajarán en el lugar. En el caso que la Norma o Resolución específica requiera conformar un plantel de operación, los nombres de quienes esté conformado dicho plantel deberán ser indicados aquí.

Puntos 6., 7. y 8.

Se deberán completar los cuadros de acuerdo a lo solicitado y contemplando los requisitos de la normativa vigente.

Declaración jurada:

Deberá ser firmada por el/los Representante(s) Legal(es) de la entidad solicitante, aclarando lugar y fecha, Nombre y Apellido y N° de DNI.

AUTORIDAD REGULATIVA NUCLEAR

Av. del Libertador 8250 – Ofic. 317 – (C1429BNP) CIUDAD

AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES;

Tel.: (011)-6323-1356/1355/1362, 0-800-555-1489; Fax: (011)-6323-1771/1798

Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs; Horario de Atención de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs;

web: [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - e-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)

# Licencia de Operación

## Solicitud de autorización de operación para el uso de radiaciones ionizantes



Autoridad Regulatoria Nuclear  
DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACIÓN

### SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE OPERACIÓN PARA EL USO DE RADIOISÓTOPOS O RADIACIONES IONIZANTES

#### 1. Datos del solicitante

Apellido y Nombre, Razón Social o Denominación Social:					
CUIT/CUIL:			Dirección de Correo Electrónico:		
<b>Domicilio Legal</b> (En este domicilio se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales)					
Calle:					Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:		
Código Postal:	Teléfono:	Fax:			
<b>Domicilio Real - Calle:</b>					Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:		
Código Postal:	Teléfono:	Fax:			
Autorizaciones Previas (si las hubiere):	Nro.:	Nro.:	Nro.:	Nro.:	Nro.:

#### 2. Materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes

Isótopo	Forma física o equipo	Energía, potencial acelerador, actividad o rendimiento máximos				Propósito de uso
		eV	V	Bq	Gym <sup>2</sup> /h	

#### 3. Ubicación de la Instalación o lugar habitual de las prácticas

Domicilio, Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:
Localidad:		Provincia:		
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	Horario de Trabajo:	
Dirección de Correo Electrónico:				

#### 4. Responsable por la seguridad radiológica con permiso individual

Designación de la persona directamente responsable por la seguridad radiológica de la instalación o de la práctica objeto de la presente solicitud, sin perjuicio ni desmedro de la responsabilidad del solicitante.

Apellido y Nombre:		
DNI, LC o LE:	Profesión:	Permiso Individual Nro.:
Domicilio Particular - Calle:		Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:
Código Postal:		Provincia:
Teléfono:		Fax:

#### 5. Otras personas que utilizarán los materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes

Apellido y Nombre:	DNI, LC o LE:	Profesión:	Permiso Individual Nro.:

#### 6. Detectores portátiles de radiación

Cantidad	Marca y Modelo	Tipo de radiación detectada

#### 7. Método de gestión de residuos radiactivos y/o de fuentes selladas radiactivas en desuso

--

#### 8. Instalaciones, equipos y Sistema de Calidad

Describir en hojas adicionales: a) las instalaciones (planos/esquemas de distribución edilicia, blindajes, campana de gases, depósitos de almacenamiento, etc.); b) los equipos de medición, generadores de radiación, de manipuleo a distancia, etc. y c) el Sistema de Calidad.

#### DECLARACIÓN JURADA:

El/la que suscribe, en su carácter de **Representante Legal** del solicitante indicado en 1, declara bajo juramento que los datos y la información consignados en la presente solicitud y sus hojas adicionales son verdaderos y correctos, que conoce las reglamentaciones aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato todo cambio que se produzca respecto de los mismos.

Lugar y fecha

Nombre y Apellido:

Firma:

DNI:

**Instrucciones:** Utilice hojas adicionales si el lugar disponible en cada punto no es suficiente. Recuerde que el envío de este formulario a la **AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR** es condición **NECESARIA** pero **NO SUFICIENTE** para dar por iniciado el trámite.

**AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR**

Av. del Libertador 8250 – Qfic. 317 – (C1429BNP) Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Tel.: (011)-6323-1356/1355/1362; 0-800-655-1489; Fax: (011)-6323-1771/1798

Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Atención de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs.

Web: [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - E-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)

De no existir razones tecnico administrativas en contrario y, una vez presentada toda la documentación requerida, el otorgamiento de la autorización de operación correspondiente requiere de una gestión no menor a 60 (sesenta) días corridos, por parte de la Autoridad Regulatoria Nuclear.

# Licencia de Operación

## Aceptación de responsabilidad



*Autoridad Regulatoria Nuclear*  
DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

### ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD

#### 1. Datos del solicitante de la/s Autorización/es de Operación

Apellido y Nombre, Razón Social o Denominación Social:

--

#### 2. Datos del Responsable por la seguridad radiológica con permiso individual

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento:	DNI, LE o LC:	CUIT/CUIL
Profesión:	Permisos individuales N°:	

Dirección de Correo Electrónico:

Domicilio Legal (En este domicilio se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales)

Calle:	Nro.:		
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	

Domicilio Real - Calle:

Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	

#### 3. Ubicación de la instalación o lugar habitual de las prácticas

Domicilio, Calle:	Nro.:	Piso:	Dpto.:
Localidad:	Provincia:		
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	Horario de trabajo de la instalación:

#### 4. Horario de trabajo y días de presencia, y función que desempeña en las instalaciones donde trabaja (incluyendo la instalación donde acepta la responsabilidad por la seguridad radiológica)

Instalación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Función

#### 5. Nombre y Apellido de los médicos autorizados para cubrir todo el horario de atención a pacientes, en la instalación donde acepta la responsabilidad (este punto es solo para las aplicaciones médicas).

Apellido y Nombre	Permisos individuales N°

#### 6. Materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes y propósito de uso, para los cuales ha sido designado Responsable por la seguridad radiológica.

Isótopo	Forma física o equipo	Energía, potencial acelerador, actividad o rendimiento máximos				Propósito de uso
		eV	V	Bq	Gym <sup>2</sup> /h	

#### 7. Aceptación de la responsabilidad

El que suscribe, cuyos datos personales están consignados en el punto 2, titular del/los permiso/s individual/es indicados en el mencionado punto 2, acepta la designación en carácter de Responsable por la Seguridad Radiológica de la instalación indicada en el punto 1 para el lugar de las prácticas indicadas en el punto 3 y para los materiales radiactivos o equipos generadores de radiaciones ionizantes y propósito de uso indicados en el punto 6, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del Titular de la Autorización de Operación respectiva. Asimismo, declara bajo juramento que los datos y la información consignados en el presente formulario son verdaderos y correctos, que conoce las reglamentaciones aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato a la Autoridad Regulatoria Nuclear todo cambio que se produzca respecto de los mismos y respecto del ejercicio efectivo de su función de Responsable por la seguridad radiológica.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Utilice hojas adicionales si el lugar disponible en cada punto no es suficiente y envíe este formulario a la AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR.

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR  
Av. del Libertador 8250 - Ofic. 317 - (C1429BNP) - Ciudad Autónoma De Buenos Aires  
Tel.: (011)-6323-1356/1355; 0-800-555-1489; Fax: (011)-6323-1771/1798  
Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs  
Web: [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - E-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)

# Licencia de Operación

## Renuncia a la responsabilidad



### RENUNCIA A LA RESPONSABILIDAD

#### 1. Datos del Responsable del renunciante

Apellido y Nombre:					
DNI, LC o LE:	CUIT/CUIL:				
Dirección de Correo Electrónico					
Permisos Individuales N°:					

#### 2. Datos del titular de la Autorización de Operación a cuya responsabilidad renuncia

Apellido y Nombre, Razón o Denominación Social:
---

#### 3. Domicilio de la Instalación o lugar habitual de trabajo a cuya responsabilidad renuncia

Calle:	Nro.:	Piso:	Dpto.:
Localidad:	Provincia:		
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	Horario de Trabajo:

#### 4. Autorización/es de Operación a cuya responsabilidad renuncia

Autorización de Operación N°	Propósito de uso

#### Renuncia a la responsabilidad

El/la que suscribe, titular de los permisos individuales descriptos en el punto 1., notifica fehacientemente por este medio a la Autoridad Regulatoria Nuclear que renuncia, a partir de la fecha de recepción de la presente, a su función como: (marcar lo que corresponda)

- Responsable por la Seguridad Radiológica
- Especialista en física de la radioterapia
- Especialista en física médica en Medicina Nuclear

de la instalación indicada en el punto 2 y cuyo lugar de las prácticas está indicado en el punto 3., correspondiente a la/s Autorización/es de Operación indicada/s en el punto 4.

Lugar y fecha

Firma

Aclaración

**Instrucciones:** Utilice hojas adicionales si el lugar disponible en cada punto no es suficiente y envíe este formulario en original a la AUTORIDAD REGULATORY NUCLEAR

AUTORIDAD REGULATORY NUCLEAR  
Av. del Libertador 8250 – Ofic. 317 – (C1429BNP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Tel.: (011)-6323-1356/1355Fax: (011)-6323-1771/1798  
Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Atención de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs  
Web: [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - E-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)

F-CLASE II Y III-11 Rev.03  
19/06/2015



# Licencia de Operación

## Designación de nuevo responsable y aceptación de la responsabilidad



Autoridad Regulatoria Nuclear  
DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

### DESIGNACIÓN DE NUEVO RESPONSABLE Y ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD

#### 1. Datos del solicitante de la/s Autorización/es de Operación

Apellido y Nombre, Razón Social o Denominación Social:

#### 2. Datos del nuevo Responsable por la seguridad radiológica

Apellido y Nombre:			
Fecha de Nacimiento:	DNILE o LC:	CUIT/CUIL	
Profesión:	Permisos individuales N°:		
Dirección de Correo Electrónico:			
Domicilio Legal (En este domicilio se tendrán por válidas todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales)			
Calle:		Nro.:	
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:		Teléfono:	Fax:
Domicilio Particular – Calle:			Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:		Teléfono:	Fax:

#### 3. Autorizaciones de Operación para las que ha sido designado y acepta la responsabilidad por la seguridad radiológica

Autorización de Operación N°	Propósito de uso

#### 4. Ubicación de la instalación o lugar habitual de las prácticas

Domicilio, Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:
Localidad:		Provincia:		
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	Horario de trabajo de la instalación:	

#### 5. Horario de trabajo y días de presencia, y función que desempeña en las instalaciones donde trabaja (incluyendo a la instalación donde acepta la responsabilidad por la seguridad radiológica)

Instalación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Función

#### 6. Nombre y Apellido de los médicos autorizados para cubrir todo el horario de atención a pacientes, en la instalación donde acepta la responsabilidad (este punto es solo para las aplicaciones médicas)

Nombre y Apellido:	Permisos individuales N°:

#### 7. Designación del nuevo responsable

El/la que suscribe, en su carácter de Representante Legal del Titular indicado en el punto 1, declara bajo juramento que designa como Responsable por la seguridad radiológica de la instalación y de las prácticas indicadas en el punto 4, y para las Autorizaciones de Operación indicadas en el punto 3, a la persona consignada en el punto 2, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del Titular de las Autorizaciones de Operación respectivas.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

#### 8. Aceptación de la responsabilidad

El que suscribe, cuyos datos personales están consignados en el punto 2, titular del/los permiso/s individual/es indicados en el mencionado punto 2, acepta la designación en carácter de Responsable por la Seguridad Radiológica de la instalación indicada en el punto 1 para el lugar de las prácticas indicado en el punto 4 y para las autorización/es de operación y propósitos de uso indicados en el punto 3, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del Titular de la/s Autorización/es de Operación respectiva/s. Asimismo, declara bajo juramento que los datos y la información consignados en el presente formulario son verdaderos y correctos, que conoce las reglamentaciones aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato a la Autoridad Regulatoria Nuclear todo cambio que se produzca respecto de los mismos y respecto del ejercicio efectivo de su función de Responsable.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Utilice hojas adicionales si el lugar disponible en cada punto no es suficiente y envíe este formulario a AUTORIDAD REGULADORA NUCLEAR.

**AUTORIDAD REGULADORA NUCLEAR**  
Av. del Libertador 8250 – Ofc. 317 – (C1428BNP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Tel.: (011)-8323-1362/1356/1355; 0-800-555-1489; Fax: (011)-8323-1771/1798  
Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Atención de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs  
Web: [www.am.gov.ar](http://www.am.gov.ar) - E-mail: [am@am.gov.ar](mailto:am@am.gov.ar)

# Licencia de Operación

## Designación de especialista en física de la radioterapia y aceptación de la designación



Autoridad Regulatoria Nuclear  
DEPENDIENTE DE LA PRESIDENCIA DE LA NACION

### DESIGNACIÓN DE ESPECIALISTA EN FÍSICA DE LA RADIOTERAPIA Y ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN

#### 1. Datos del Titular de la/s Autorización/es de Operación

Apellido y Nombre, Razón Social o Denominación Social:

#### 2. Datos del Especialista en Física de la Radioterapia designado

Nombre y Apellido:			
Fecha de Nacimiento:	DNI, LE o LC:	CUIT/CUIL	
Profesión:	Permiso individual N°:		
Dirección de Correo Electrónico:			
Domicilio Legal - Calle:			Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:		Teléfono:	Fax:
Domicilio Real - Calle:			Nro.:
Piso:	Dpto.:	Localidad:	Provincia:
Código Postal:		Teléfono:	Fax:

#### 3. Autorización/es de Operación para la(s) que ha sido designado como Especialista en Física de la Radioterapia

Autorización de Operación N°	Propósito de uso

#### 4. Ubicación de la Instalación

Domicilio, Calle:		Nro.:	Piso:	Dpto.:
Localidad:		Provincia:		
Código Postal:	Teléfono:	Fax:	Horario de Trabajo de la Instalación:	

#### 5. Horario de trabajo y días de presencia, y función que desempeña en las instalaciones donde trabaja (incluyendo la instalación donde acepta la responsabilidad)

Instalación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Función

#### 6. Nombre y Apellido del/os Técnicos en Física de la Radioterapia que lo secundará/n en la instalación donde acepta la designación

Nombre y Apellido	Permiso individual N°

#### 7. Designación del Especialista en Física de la Radioterapia

El/la que suscribe, en su carácter de Representante Legal del Titular indicado en el punto 1, declara bajo juramento que designa como Especialista en Física de la Radioterapia de la instalación indicada en el punto 4, y para las Autorizaciones de Operación indicadas en el punto 3, a la persona consignada en el punto 2, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del Titular de las Autorizaciones de Operación respectivas.

Lugar y fecha

Nombre y Apellido

Firma

#### 8. Aceptación de designación

El que suscribe, cuyos datos personales están consignados en el punto 2, titular del permiso individual indicado en el mencionado punto 2, acepta la designación en carácter de Especialista en Física de la Radioterapia de la instalación indicada en el punto 4 y para las Autorizaciones de Operación indicadas en el punto 3, ello sin desmedro ni perjuicio de la responsabilidad del Titular de las Autorizaciones de Operación respectivas. Asimismo, declara bajo juramento que los datos y la información consignados en el presente formulario son verdaderos y correctos, que conoce las reglamentaciones aplicables vigentes y que se obliga a comunicar de inmediato a la Autoridad Regulatoria Nuclear todo cambio que se produzca respecto de los mismos y respecto del ejercicio efectivo de su función de Especialista en Física de la Radioterapia.

Lugar y fecha

Nombre y Apellido

Firma

**Instrucciones:** Utilice hojas adicionales si el lugar disponible en cada punto no es suficiente y envíe este formulario a:

AUTORIDAD REGULATORIA NUCLEAR  
Av. del Libertador 8250 - Ofic. 317 - (C1429BNP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Tel.: (011)-6323-1356/1355; 0-800-555-1485; Fax: (011)-6323-1771/1738  
Horario de atención: 9:00 a 15:00 hs. Horario de Atención de Tesorería: 10:00 a 15:00 hs  
Web: [www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar) - E-mail: [arn@arn.gob.ar](mailto:arn@arn.gob.ar)

Ana María Bomben  
Autoridad Regulatoria Nuclear (ARN)  
Subgerencia Normativa Regulatoria  
Av. del Libertador 7660  
(1429) Buenos Aires - Argentina  
TE: (011) 4519-0081  
E-mail: [abomben@arn.gob.ar](mailto:abomben@arn.gob.ar)

Gisela Vecchiet - Fabián Saule  
Autoridad Regulatoria Nuclear (ARN)  
Subgca. Control de Aplicaciones Médicas  
Dep. Radioterapia y Braquiterapia  
Av. del Libertador 8250  
(1429) Buenos Aires - Argentina  
TE: (011) 6323-1754/1738  
E-mail: [gvecchiet@arn.gob.ar](mailto:gvecchiet@arn.gob.ar)  
[fsaule@arn.gob.ar](mailto:fsaule@arn.gob.ar)



[www.arn.gob.ar](http://www.arn.gob.ar)