

**SOLICITUD DE LICENCIA DE PERSONAL DE INSTALACIONES RADIATIVAS**

**DATOS PERSONALES (del solicitante)**

<b>Nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>
<b>DNI / NIE</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Teléfono</b>
<b>Domicilio (calle, nº. piso)</b>		
<b>C.P.:</b>	<b>Localidad:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>Titulación académica</b>		

**DATOS DE LA EMPRESA (Solo si desea Registrar la Licencia en una IRA)**

<b>Nº Inst. Radiact. IRA/</b>		
<b>Titular (Empresa u Organismo):</b>		
<b>Emplazamiento o domicilio social:</b>		
<b>CP:</b>	<b>Localidad:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>Teléfono:</b>		

**DATOS REQUERIDOS para SOLICITUD DE LICENCIA**

<input type="checkbox"/> <b>CONCESIÓN(*)</b>		<input type="checkbox"/> <b>Supervisor</b>	¿En posesión del Diploma Curso Capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí → <b>Especialidad:</b>
			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <b>RENOVACIÓN (*)</b>		<input type="checkbox"/> <b>Operador</b>	¿En posesión de otra licencia?	<input type="checkbox"/> Sí → <b>Nº Licencia:</b>
			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> <b>Supervisor</b>	<b>Nº Licencia actual:</b>	
		<input type="checkbox"/> <b>Operador</b>	<b>Fecha en vigor:</b>	
			<b>Desde:</b> - - <b>Hasta:</b> - -	

**Uso al que se aplica la Licencia (Especifique los equipos o fuentes que vaya a utilizar)**

--

<b>Campo de Aplicación (*):</b>	
---------------------------------	--

(\*) Medicina Nuclear, Radioterapia, Laboratorios con fuentes no encapsuladas, Radiografía Industrial, Control de Procesos y Técnicas analíticas, otras...

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Firma)

**SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR**

**C/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11. 28040 MADRID - Email: licencias@csn.es**

(\*) Al dorso se indica la documentación a adjuntar a la solicitud.

**Nota sobre la Tasa:** Con anterioridad a la presentación de su solicitud de concesión o renovación de licencia de supervisor u operador, los interesados deberán obtener el formulario para el pago de la tasa (modelo 801) a través de la oficina virtual del CSN ([www.csn.es](http://www.csn.es)), por e-mail: [tasas@csn.es](mailto:tasas@csn.es) o por correo postal dirigida a la Subd. Personal y Administración y efectuar el pago de la misma con anterioridad a la fecha de entrada de la solicitud de la licencia en el organismo.

**Protección de datos:** El Consejo de Seguridad Nuclear, en su carácter de organismo responsable del fichero, le informa de que los datos personales que proporcione en respuesta al presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado creado con la finalidad de Soporte de la gestión para la concesión, denegación, prórroga y control de las licencias, títulos y acreditaciones que habilitan al personal que reúna las condiciones reglamentariamente establecidas para dirigir y operar instalaciones nucleares y radiactivas y equipos de rayos X con fines diagnósticos, y dirigir servicios de protección radiológica. Inscrito a tal efecto en el Registro General de Protección de Datos. Dichos datos serán recogidos y tratados en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y del resto de la normativa de desarrollo. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: Protección de Datos, Consejo de Seguridad Nuclear, c/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11, 28040 MADRID.

## **DORSO QUE SE CITA:**

### ***(\*) Para Concesión de Licencia:***

1. Solicitud personal **firmada por el interesado (ORIGINAL)** (según modelo adjunto).
2. Para **Supervisor**: Certificado o copia del título académico universitario de grado medio o superior, expedido por el Centro que lo otorgó.  
Para **Operador**: Certificado de enseñanza secundaria obligatoria o equivalente.
3. Documentación que acredite la formación profesional, en particular, su experiencia con radiaciones ionizantes. Fotocopia por ambas caras del diploma del curso de capacitación homologado por el CSN (si lo posee).
4. - Certificado médico de aptitud (**original firmado por el médico responsable de puño y letra**) para el puesto de trabajo emitido por un servicio de prevención de riesgos laborales o servicio médico especializado, autorizado a tal efecto, para ejercer la vigilancia médica de los trabajadores profesionalmente expuestos, siguiendo el PROTOCOLO PARA RADIACIONES IONIZANTES, calificando al solicitante de APTO, NO APTO, o APTO EN DETERMINADAS CONDICIONES, para trabajar con radiaciones ionizantes. No tienen que remitir el informe médico, únicamente el certificado de aptitud.
5. Solo si desea registrar la licencia en una IRA, deberá enviar certificado del Titular de la instalación radiactiva (**ORIGINAL**), en el que consten **las misiones que el solicitante va a desempeñar** dentro de la instalación radiactiva y para las cuales ha de aplicarse la licencia.
6. Fotocopia **legible** del DNI o NIE.

### ***(\*) Para Renovación de la Licencia:***

1. Solicitud personal **firmada por el interesado (ORIGINAL)** (según modelo adjunto).
2. - Certificado médico de aptitud (**original firmado por el médico responsable de puño y letra**) para el puesto de trabajo emitido por un servicio de prevención de riesgos laborales o servicio médico especializado, autorizado a tal efecto, para ejercer la vigilancia médica de los trabajadores profesionalmente expuestos, siguiendo el PROTOCOLO PARA RADIACIONES IONIZANTES, calificando al solicitante de APTO, NO APTO, o APTO EN DETERMINADAS CONDICIONES, para trabajar con radiaciones ionizantes. No tienen que remitir el informe médico, únicamente el certificado de aptitud.
3. Documento del Organismo o Empresa (**ORIGINAL**) acreditando que el titular de la licencia ha permanecido ejerciendo efectivamente las misiones para las que le capacita dicha Licencia, durante la mitad, al menos, del período de vigencia de la que posea y/o documentación de la formación adquirida durante este período.
4. Fotocopia **legible** del DNI o NIE.