

1. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD INTERESADA

Tipo documento:	Número de documento:	Nombre:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primer apellido:	Segundo apellido:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Titulación Académica:			
<input type="text"/>			
País:	Provincia:		
ESPAÑA	<input type="text"/>		
Municipio:	Tipo vía:	Domicilio:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo de numeración:	Número:	Portal:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Escalera:	Planta:	Puerta:	C.P.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico:	Móvil:	Fecha de nacimiento:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. DATOS DE LA EMPRESA (rellenar sólo si trabaja o trabajará en una instalación radiactiva)

REFERENCIA del CSN:		
IRA/ <input type="text"/>		
TITULAR (Empresa u Organismo)		
<input type="text"/>		
Domicilio:		
<input type="text"/>		
Municipio:	Provincia:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	C.P.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Correo electrónico:	Móvil:	Teléfono:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. DATOS PARA SOLICITAR LA LICENCIA

<input type="checkbox"/> CONCESIÓN (*):	<input type="checkbox"/> Supervisor:	<input type="checkbox"/> Operador:	¿Está en posesión del Diploma del Curso de Capacitación homologado por el CSN?
			<input type="checkbox"/> Sí: Especialidad: Año:
			<input type="checkbox"/> No:
			¿En posesión de otra licencia?
			<input type="checkbox"/> Sí: Nº de Licencia actual:
			<input type="checkbox"/> No:
<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN (*):	<input type="checkbox"/> Supervisor:	<input type="checkbox"/> Operador:	Nº de la Licencia actual:
			Fecha en vigor desde: Hasta:
Uso al que se aplica la Licencia (especifique los equipos o fuentes a utilizar):			
<input type="text"/>			
CAMPO DE APLICACIÓN de la Licencia (**):			
<input type="text"/>			
(**) Medicina Nuclear, Radioterapia, Laboratorios con fuentes no encapsuladas, Radiografía Industrial, Control de Procesos y Técnicas Analíticas, otras...			
Observaciones:			
<input type="text"/>			

4. FIRMANTE

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma

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

SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR
c/ Justo Dorado Dellmans, 11. 28019 MADRID - Teléf. +34 913460100 - Email: licencias@csn.es
Oficina Virtual: sede.csn.gob.es/licencias-de-personal

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), por e-mail: 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, prorrogación 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 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales 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).
2. **Para Supervisor**: Certificado o fotocopia simple del título académico universitario de grado medio o superior, expedido por el Centro que lo otorgó.

Para Operador: Certificado o fotocopia simple de enseñanza secundaria obligatoria o equivalente.

3. Documentación que acredite la formación profesional, en particular, su experiencia con radiaciones ionizantes. Fotocopia simple por ambas caras del diploma del curso de capacitación homologado por el CSN (si lo posee).
4. Certificado médico de aptitud (**original firmado**) 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 (ORIGINAL) del Titular de la instalación radiactiva**, 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 simple legible del DNI o NIE por ambas caras.

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

1. Solicitud personal firmada por el interesado (**ORIGINAL**) (según modelo).
2. Certificado médico de aptitud (**original firmado**) 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 simple legible del DNI o NIE por ambas caras.

Nota: Enviar la documentación en el orden expuesto en cada caso.

(Rev. 01/2021)