

**SOLICITUD DEL MODELO 801 PARA EL PAGO DE LAS  
TASAS POR CONCESIÓN O RENOVACIÓN DE  
LICENCIAS**

<b>DOMICILIO DNI DEL SOLICITANTE</b>	DNI			
	NOMBRE			
	DOMICILIO			
	MUNICIPIO			
	C. POSTAL		PROVINCIA	

<b>DOMICILIO NOTIFICACIONES</b>	NOMBRE			
	DPTO/ATTEN			
	DOMICILIO			
	MUNICIPIO			
	C.POSTAL		PROVINCIA	
	TELEFONO		FAX	

**MARCAR CON UNA X EL TIPO DE SOLICITUD**

<input type="checkbox"/> INSTALACIONES  <input type="checkbox"/> RADIATIVAS 1ª <input type="checkbox"/> RADIATIVAS 2ª Y 3ª	<input type="checkbox"/> CONCESIÓN DE LICENCIA <input type="checkbox"/> OPERADOR <input type="checkbox"/> SUPERVISOR		<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DE LICENCIA <input type="checkbox"/> OPERADOR <input type="checkbox"/> SUPERVISOR	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MARQUE UNA DE LAS OPCIONES**

INSTALACIÓN RADIATIVA DONDE PRESTARÁ SERVICIOS	UNA	EN EL PAÍS VASCO	<input type="checkbox"/>
		EN RESTO DE COMUNIDADES	<input type="checkbox"/>
	VARIAS	TODAS EN EL PAÍS VASCO	<input type="checkbox"/>
		EN DISTINTAS COMUNIDADES	<input type="checkbox"/>
NO LO SÉ			<input type="checkbox"/>

<b>CAMPOS DE APLICACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> LAB. CON FUENTES NO ENCAPSULADAS
	<input type="checkbox"/> RADIOGRAFÍA INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> CONTROL DE PROCESOS Y TÉCNICAS ANALÍTICAS	
	<input type="checkbox"/> OTROS .....		

Lugar, fecha y firma:

---

FIRMADO:

ENVIAR AL SERVICIO DE TASAS

FAX: 913460375      ----      Mail: [tasas@csn.es](mailto:tasas@csn.es)

DIRECCION:      C/ JUSTO DORADO, 11  
28040 - MADRID