**Ficha de solicitud de Curso de Actualización en Protección y Seguridad Radiológica**

**Práctica tipo II Rx Diagnóstico Médico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** |  |
|  |  |
| **No. de DPI:** |  | **Edad:** |  |
| **Grado Académico:** |  |
| **No. de Teléfono:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **Último Lugar donde laboró:** |  |
|  |  |
| **Tiempo sin laborar:** |  |
| **Ha tenido licencia de operador?** | **Sí** |  |  | **No** |  |  |  |  |
| **Si la respuesta anterior es positiva, indicar:**  | **Práctica Tipo:**  |  | **Nombre de la Práctica:** |  |  |  |  |  |
| **Lugar y fecha:** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Notas:**

1. **Toda la información proporcionada se presume verdadera y será verificada por la Dirección General de Energía.**
2. La presente solicitud debe ser enviada al correo electrónico: proteccionradiologica@mem.gob.gt.
3. La confirmación de recepción de la solicitud, la recibirá dentro de los 5 días hábiles posteriores. La fecha del curso y su evaluación será notificada según programación.
4. La evaluación es presencial y es de carácter obligatorio presentar su documento de identificación.
5. Si el sustentante no puede asistir en la fecha programada, deberá notificarlo al correo electrónico proteccionradiologica@mem.gob.gt, con cinco días de antelación a la fecha, de lo contrario deberá enviar nueva solicitud.