**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](mailto: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](mailto:proteccionradiologica@mem.gob.gt), con cinco días de antelación a la fecha, de lo contrario deberá enviar nueva solicitud.