|  | **LISTA DE VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA IMPARTIR CURSOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS (TOE)** |
| --- | --- |
| **REQUISITOS A PRESENTAR PARA LA AUTORIZACIÓN**  |
|  |  | ControlInternoDGE |
|  | Formulario de solicitud de autorización, **Formulario DPSR-FORM-AUT/CURSO/TOE**  |  |
|  | Fotocopia del documento de identificación personal del solicitante: 1. NACIONAL: Documento Personal de Identificación (DPI), vigente, de ambos lados.
2. EXTRANJERO: Pasaporte completo, pasta a pasta.
 |  |
|  | PERSONA O EMPRESA INDIVIDUAL * 1. Fotocopia de Patente de Empresa (cuando proceda)

PERSONA JURÍDICA 1. Fotocopia del documento de constitución de la entidad, razonado por el registro correspondiente donde se haga constar su inscripción definitiva. (para el caso de Sector Público presentar documento del Acta de Constitución de la institución).
2. Fotocopia del documento con que se acredite la calidad con que actúa el Representante Legal (para el caso de Sector Público presentar documento donde consta el nombramiento y el acta de toma de posesión).
3. Fotocopia de Patente de Comercio de Empresa y de Sociedad (cuando corresponda)
 |  |
|  | Pago de Autorización para organizar e impartir cursos de protección radiológica, según Arancel de la Dirección General de Energía, Acuerdo Ministerial 208-2016 y Acuerdo Ministerial 230-2018. (Artículo 30 Decreto Ley 11-86) |  |

**INSTRUCTIVO DE ORIENTACIÓN AL USUARIO DISPONIBLE EN:**

[www.mem.gob.gt](http://www.mem.gob.gt) → Inicio → Qué hacemos → Área Energética → Seguridad y Protección Radiológica → Información Técnica → Instructivos

| 24 calle 21-21, zona 12, Guatemala, Guatemala.Tel: (+502) 24196363www.mem.gob.gt | DIRECCIÓN GENERAL DE ENERGÍA, MINISTERIO DE ENERGÍA Y MINAS |
| --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA IMPARTIR CURSOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA TRABAJADORES OCUPACIONALMENTE EXPUESTOS (TOE)** | **DPSR-FORM-AUT/CURSO/TOE** |
| **Señor (a) Director (a) General de Energía:**     Atentamente, solicito Autorización para impartir Curso para Trabajadores Ocupacionalmente Expuestos (TOE), de conformidad con la siguiente información: |
|

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DEL SOLICITANTE (Representante Legal, Mandatario o Propietario)**
 |

 |
| **1.1. Nombre completo (Incluyendo detalles, como por ejemplo tildes, tal y como aparece en el DPI o pasaporte):**      |
| **1.2. Género:**[ ] Femenino | [ ] Masculino | **1.3. Estado civil:**[ ] Soltero(a) | [ ] Casado(a) | **1.4. Edad:**      | **1.5. NIT:**      |
| **1.6. Nacionalidad:**      | **1.7. DPI o pasaporte (extranjero):**      | **1.8. Profesión u oficio:**      |
| **1.9. Actúo como:**[ ] Persona individual | [ ] Persona jurídica | [ ] Sector público | **1.10. Calidad con que actúa:**      |
| **1.11. Domicilio:**      |
| **1.12. Lugar para recibir notificaciones y/o citaciones (dentro del perímetro de la Ciudad de Guatemala)**      |
| **1.13. Teléfonos:**      | **1.14. Correo electrónico:**      |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE LA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA**
 |
| **2.1. Nombre, razón o denominación social (como se indica en la Patente de Comercio de Sociedad o documento que acredite su creación o constitución):**      | **2.2. NIT:**      |
| **2.3. Dirección de sede social (como se indica en la Patente de Comercio de Sociedad):**      |
| **2.4. Dirección de la institución pública o privada:**       |
| 1. **DATOS DE LA EMPRESA MERCANTIL INDIVIDUAL**
 |
| **3.1. Nombre del establecimiento mercantil (como se indica en la Patente de Comercio de Empresa):**       | **3.2. NIT:**      |
| **3.3. Dirección del establecimiento (como se indica en la Patente de Comercio de Empresa):**      |
| 1. **DIRECCIÓN EN DONDE SE ENCUENTRAN LOS EQUIPOS**
 |
| **(En el caso de sociedades o empresas mercantiles individuales, como se indica en la Patente de Comercio de Empresa):**      |

|  |  |
| --- | --- |
| **Teléfonos:**      | **Correo electrónico:**      |
| 1. **INFORMACIÓN ADICIONAL**
 |
| **Licencia de Operación de la Instalación (Cuando aplique):**      | **Encargado de Protección Radiológica -EPR- de la Instalación (Cuando aplique):**      |
| 1. **INFORMACIÓN SOBRE EL CURSO**
 |
| * 1. **PRÁCTICA**
 |
| [ ]  RAYOS X: DIAGNÓSTICO MÉDICO, PRÁCTICAS TIPO II |
| [ ]  RAYOS X: DIAGNÓSTICO MÉDICO, PRÁCTICAS TIPO II, INTERVENCIONISMO |
| [ ]  RAYOS X: DIAGNÓSTICO MÉDICO, PRÁCTICAS TIPO IV |
| [ ]  RAYOS X: DIAGNÓSTICO DENTAL, PRÁCTICAS TIPO II |
| [ ]  RAYOS X: DIAGNÓSTICO DENTAL, PRÁCTICAS TIPO III |
| [ ]  RAYOS X: DIAGNÓSTICO VETERINARIO, PRÁCTICAS TIPO II |
| [ ]  MANEJO DE FUENTES NO SELLADAS, PRÁCTICAS TIPO II |
| [ ]  MANEJO DE FUENTES NO SELLADAS, PRÁCTICAS TIPO IV |
| [ ]  RADIOTERAPIA, HACES EXTERNOS  |
| [ ]  RADIOTERAPIA, BRAQUITERAPIA |
| [ ]  IRRADIADORES |
| [ ]  RADIOGRAFÍA INDUSTRIAL PORTÁTIL |
| [ ]  RADIOGRAFÍA INDUSTRIAL FIJA |
| [ ]  MEDIDORES INDUSTRIALES NUCLEARES |
| [ ]  REGISTROS GEOFÍSICOS |
| [ ]  DIFRACTOMETRÍA |
| [ ]  GESTIÓN DE DESECHOS RADIACTIVOS |
| [ ]  CALIBRACIÓN DOSIMÉTRICA |
| [ ]  OTRA (especificar):       |
| * 1. **TIPO**
 |
| [ ]  Básico | [ ]  Actualización(La autorización se otorga para la misma práctica, sin embargo, deben ser en lugares y horarios diferentes) |
| * 1. **EXPOSITORES**
 |
| **NOMBRE DEL EXPOSITOR(ES):** 1.
2.
3.
 |
| * 1. **PROGRAMA GENERAL**
 |
| Cantidad de cursos:      Fechas programadas:       | Total de horas académicas programadas:       |
| Fecha de inicio: Seleccionar fechaFecha de finalización: Seleccionar fecha | Hora de inicio:      Hora de finalización:       |
| * 1. **CONTENIDO TEMÁTICO PROPUESTO**
 |
| **Listado de temas propuestos:**1.
 |
| * 1. **LISTADO DE PARTICIPANTES (En caso la cantidad de participantes sea mayor diez, adjuntar al expediente un anexo con la información)**
 |
| **Nombres y Apellidos** | **Nivel académico** | **Área de trabajo** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| * 1. **MODALIDAD**
 |
| [ ]  Presencial | [ ]  Virtual |
| **MODALIDAD PRESENCIAL:** Dirección exacta en donde se impartirá el curso:      |
| **MODALIDAD VIRTUAL:** Plataforma a utilizar:      ID:      Password:      Enlace (link) del evento\*:\* El organizador del curso deberá **confirmar** el enlace (link) del evento, al menos tres (3) días antes de su realización, vía electrónica, al correo: jefeprorad@mem.gob.gt y proteccionradiologica@mem.gob.gt |

|  |
| --- |
| 1. **FIRMA**
 |

|  |
| --- |
| Según lo establecido en el Artículo 3, numeral 5 del Decreto Número 5-2021 Ley para la simplificación de requisitos y trámites administrativos, se hace la indicación que “…salvo prueba en contrario los documentos y declaraciones presentadas por los usuarios, en el marco de un trámite administrativo, se presumirán auténticos, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y penales que se puedan generar por falta de veracidad en lo declarado, presentado o informado.”Lugar y fecha:      (f) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Representante Legal, Propietario de la Empresa Mercantil o Persona Individual |