**CURSOS DE FORMACIÓN DE OPERADORES/SUPERVISORES DE INSTALACIONES RADIACTIVAS (2021)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMPRESO DE PREINSCRIPCIÓN** | | |
| **DATOS PERSONALES DEL ALUMNO** | | |
| Apellidos y Nombre |  | |
| DNI |  | |
| Titulación académica |  | |
| Teléfono |  | |
| Dirección postal |  | |
| Dirección de correo electrónico |  | |
| 1. **DATOS DE LA EMPRESA (Si procede):** | | |
| Empresa u organismo |  | |
| Dirección |  | |
| Teléfono |  | |
| Cargo |  | |
| **CURSO SOLICITADO** | | |
| Nivel | Operador  Supervisor |  |
| Campo de aplicación | Medicina Nuclear |  |
| Control de procesos y técnicas analíticas |  |
| Laboratorios de Fuentes no Encapsuladas |  |
| Radiografía Industrial |  |

Fecha: