**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: