

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Tipo documento:	Número de documento:	Nombre:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primer apellido:	Segundo apellido:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Titulación Académica:			
<input type="text"/>			
País:	Provincia:		
ESPAÑA	<input type="text"/>		
Municipio:	Tipo vía:	Domicilio:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tipo de numeración:	Número:	Portal:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Escalera:	Planta:	Puerta:	C.P.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico:	Móvil:	Fecha de nacimiento:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. DATOS PARA SOLICITAR LA ACREDITACIÓN

En posesión del Título académico:

Solicito sea extendida la ACREDITACIÓN para:

DIRIGIR
(Elija **sólo una** opción)

OPERAR

Instalaciones con Rayos X para Diagnóstico Médico.

A este efecto, se adjunta:

Fotocopia **COMPULSADA (el sello original)**^(*) de la titulación requerida, en su defecto, la fotocopia COMPULSADA^(*) de las tasas abonadas por la expedición del título académico)

Fotocopia SIMPLE del DNI ó NIE (legible por ambas caras)

^(*) La **compulsa** la puede hacer un notario o funcionario público que tenga esa potestad. Se puede **compulsar directamente la solicitud y la documentación** que se requiere, enviándolo por el Registro de las entidades que tengan acceso al **Registro Electrónico Común de las Administraciones Públicas**, oficinas de registro de **cualquier órgano administrativo perteneciente a la Administración General del Estado**, o de los Organismos públicos vinculados o dependientes de aquélla.

3. FIRMANTE

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma

SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR
c/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11. 28040 MADRID - Teléf. +34 913460100 - Email: licencias@csn.es
Oficina Virtual: Para solicitar Acreditaciones de Rayos X médicos, aquí.

Nota sobre la Tasa: Con anterioridad a la presentación de su solicitud de concesión o renovación de licencia de supervisor u operador, los interesados deberán obtener el formulario para el pago de la tasa (modelo 801) a través de la oficina virtual del CSN (www.csn.es), por e-mail: tasas@csn.es o por correo postal dirigida a la Subd. Personal y Administración y efectuar el pago de la misma con anterioridad a la fecha de entrada de la solicitud de la licencia en el organismo.

Protección de datos: El Consejo de Seguridad Nuclear, en su carácter de organismo responsable del fichero, le informa de que los datos personales que proporcione en respuesta al presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado creado con la finalidad de Soporte de la gestión para la concesión, denegación, prorrogación y control de las licencias, títulos y acreditaciones que habilitan al personal que reúna las condiciones reglamentariamente establecidas para dirigir y operar instalaciones nucleares y radiactivas y equipos de rayos X con fines diagnósticos, y dirigir servicios de protección radiológica. Inscrito a tal efecto en el Registro General de Protección de Datos. Dichos datos serán recogidos y tratados en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y del resto de la normativa de desarrollo. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: Protección de Datos, Consejo de Seguridad Nuclear, c/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11, 28040 MADRID.