

<b>AI</b> (Autorización Individual)	<b>FORMULARIO POE</b>				<b>N° CARPETA*</b>
	<i>Div. Radiofísica Sanitaria. Dir. General de Auditoría Médica Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe</i>				
	FORMULARIO	Cód: <b>F-07-RS</b>	Rev. 01	Vig: Julio 2020	FECHA:
(Los datos aquí consignados tienen carácter de <b>Declaración Jurada</b> )					

PERSONAL OCUPACIONALMENTE EXPUESTO (POE). (Debe coincidir con los usuarios de dosímetro personal)					
N°	DNI	APELLIDO	NOMBRE	TAREA	HORARIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

.....  
Firma, DNI y sello del Responsable de Uso

\*Para ser completado por Radiofísica Sanitaria.