



**ASUNTO:** Procedimiento para la concesión de Licencias de Operador y/o Supervisor de Instalaciones Radiactivas.

El procedimiento para la concesión de dichas Licencias viene establecido en el Título V, Capítulo I del Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas, aprobado por Decreto 1836/1999 de 3 de diciembre (BOE nº 313 de 31/12/99) y desarrollado en el Guía de Seguridad nº 5.6. "Cualificaciones para la obtención y uso de licencias de personal de operación de instalaciones radiactivas".

Además la Ley 15/1980 de 22 de abril de creación del Consejo de Seguridad Nuclear, fija la "Base Imponible y tipos del gravamen", y así mismo, hace constar que "el devengo e ingreso de las tasas, se producirá en el momento de la presentación de la solicitud para la realización de las pruebas correspondientes".

Por este Organismo se practicará la oportuna liquidación, una vez recibidos los datos que se incluyen en el **Documento (1)** que se adjunta.

Una vez realizado el ingreso de la liquidación, el interesado presentará la Solicitud [**Documento (2)**].

Dicha solicitud, será remitida a este Organismo, a fin de iniciar el trámite de la misma.

**NOTA:** Les recordamos que no tienen que remitir el informe médico, únicamente el certificado de aptitud. [**Documento (3)**]

**SOLICITUD DEL MODELO 801 PARA EL PAGO DE LAS TASAS POR CONCESIÓN O RENOVACIÓN DE LICENCIAS**

DOMICILIO DEL SOLICITANTE	DNI	<input type="text"/>
	NOMBRE	<input type="text"/>
	DOMICILIO	<input type="text"/>
	MUNICIPIO	<input type="text"/>
	C. POSTAL	<input type="text"/>
	PROVINCIA	<input type="text"/>

DOMICILIO NOTIFICACIONES	NOMBRE	<input type="text"/>	
	DPTO/ATTEN	<input type="text"/>	
	DOMICILIO	<input type="text"/>	
	MUNICIPIO	<input type="text"/>	
	C. POSTAL	<input type="text"/>	
	PROVINCIA	<input type="text"/>	
	TELEFONO	<input type="text"/>	FAX <input type="text"/>
	CONTACTO	<input type="text"/>	

INSTALACIONES	CONCESIÓN DE LICENCIA		RENOVACIÓN DE LICENCIA		CONCESIÓN DIPLOMA DE JEFE DE SPR O UTPR
	OPERADOR	SUPERVISOR	OPERADOR	SUPERVISOR	
NUCLEARES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RADIATIVAS 1*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RADIATIVAS 2* Y 3*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RADIODIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAMPOS DE APLICACIÓN	<input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEAR	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> LAB. CON FUENTES NO ENCAPSULADAS
	<input type="checkbox"/> RADIOGRAFÍA INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> CONTROL DE PROCESOS Y TÉCNICAS ANALÍTICAS	
	<input type="checkbox"/> OTROS .....		

Lugar, fecha y firma:

ENVIAR AL SERVICIO DE TASAS

FAX: 913460375  
 DIRECCION: C/ JUSTO DORADO, 11  
 28040 MADRID

## SOLICITUD DE LICENCIA DE PERSONAL DE INSTALACIONES RADIATIVAS

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Apellido: \_\_\_\_\_  
2<sup>o</sup> Apellido: \_\_\_\_\_

D.N.I. o Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Titulación académica: \_\_\_\_\_

Domicilio (Calle, n<sup>o</sup>): \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA EMPRESA (Si desea el registro de la licencia en la IRA)

Instalación Radiactiva n<sup>o</sup> IRA/ \_\_\_\_\_

Titular (Empresa u Organismo): \_\_\_\_\_

Emplazamiento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Domicilio Social: c/ \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA LICENCIA

θ En posesión de Diploma de Curso de Capacitación de Inst. Radiactivas.

μ CONCESIÓN	θ Supervisor θ Operador	En posesión de otra licencia: <input type="checkbox"/> Sí → N <sup>o</sup> Licencia: _____ <input type="checkbox"/> No
-------------	----------------------------	--

μ PRÓRROGA	θ Supervisor θ Operador	N <sup>o</sup> Licencia actual: _____ Fecha en vigor: Desde: ___ - ___ - ___ Hasta: ___ - ___ - ___
------------	----------------------------	---

Uso al que se aplica la Licencia (Especificando los equipos o fuentes que vaya a utilizar):

Campo de Aplicación (\*): \_\_\_\_\_

(\*): Medicina Nuclear, Radioterapia, Laboratorios con fuentes no encapsuladas, Radiografía Industrial, Control de Procesos, Técnicas analíticas, otras...

Observaciones: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Firma)

**EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR**  
**C/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11 – 28040 MADRID**

Al dorso se indica la documentación a adjuntar a la solicitud.

## DORSO QUE SE CITA:

### Para Concesión de Licencia:

1. Solicitud personal firmada por el interesado (**ORIGINAL**) (según modelo adjunto).
2. Fotocopia del D.N.I. o Pasaporte.
3. Para Supervisor: Certificado o copia del título de grado medio o superior expedido por el Centro que lo otorgó.  
Para Operador: Certificado de enseñanza secundaria obligatoria o equivalente.
4. Documentación que acredite la formación académica o profesional y en particular, su experiencia con radiaciones ionizantes. Fotocopia por ambas caras del diploma del curso de capacitación (si lo posee).
5. Certificado del titular de la instalación (**ORIGINAL**), en el que consten **las misiones que el solicitante va a desempeñar** dentro de la instalación radiactiva y para las cuales ha de aplicarse la licencia.
6. Certificación (**ORIGINAL**) emitida por un **Servicio de Prevención** que desarrollen la función de vigilancia y control de la salud o un **Servicio Médico Especializado, autorizado a tal efecto** para ejercer la vigilancia médica de los trabajadores profesionalmente expuestos, calificando al solicitante de APTO, NO APTO, o APTO EN DETERMINADAS CONDICIONES (según modelo adjunto)  
**NOTA: Les recordamos que no tienen que remitir el informe médico, únicamente el certificado de aptitud.**
7. Un ejemplar del formulario (Modelo 801) de autoliquidación de la tasa con la certificación mecánica o firma autorizada, realizada por la entidad bancaria, acreditativa del pago realizado.

### Para Prórroga de la Licencia:

1. Solicitud personal firmada por el interesado (**ORIGINAL**) (según modelo adjunto).
2. Documento del Organismo o Empresa (**ORIGINAL**) acreditando que el titular de la licencia ha permanecido ejerciendo efectivamente las misiones para las que le capacita dicha Licencia, durante la mitad, al menos, del período de vigencia de la que posea y/o documentación de la formación adquirida durante este período.
3. Certificación (**ORIGINAL**) emitida por un **Servicio de Prevención** que desarrollen la función de vigilancia y control de la salud o un **Servicio Médico Especializado, autorizado a tal efecto** para ejercer la vigilancia médica de los trabajadores profesionalmente expuestos, calificando al solicitante de APTO, NO APTO, o APTO EN DETERMINADAS CONDICIONES (según modelo adjunto)  
**NOTA: Les recordamos que no tienen que remitir el informe médico, únicamente el certificado de aptitud.**
4. Un ejemplar del formulario (Modelo 801) de autoliquidación de la tasa con la certificación mecánica o firma autorizada, realizada por la entidad bancaria, acreditativa del pago realizado.

SME/\_\_\_\_\_  
(Nº Ref. del Serv.)**MODELO DE CERTIFICACION MEDICA DE APTITUD POR EL SERVICIO MEDICO  
ESPECIALIZADO O SERVICIO DE PREVENCION.**

---

Espacio para el membrete de la Empresa, Mutua, Hospital,... Dirección postal completa
---

Se ha realizado, en fecha \_\_\_\_\_, el examen de salud previo/periódico/excepcional de D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, D.N.I. nº: \_\_\_\_\_, trabajador profesionalmente expuesto a radiaciones ionizantes en empresa/servicio \_\_\_\_\_.

La conclusión del mismo, considerando la información sanitaria obtenida y la laboral disponible respecto a exposición a las radiaciones ionizantes en su puesto de trabajo, permite calificarle de APTO / NO APTO / APTO EN DETERMINADAS CONDICIONES (de conformidad con lo establecido en el Reglamento sobre Protección Sanitaria contra las Radiaciones Ionizantes).

Firma del médico  
Nombre del médico  
Número de colegiado  
Sello de la entidad