

## ACTA DE INSPECCIÓN

Dña. [REDACTED] funcionaria de la Generalitat y acreditada por el Consejo de Seguridad Nuclear para actuar como inspectora para el control del funcionamiento de las instalaciones radiactivas, la inspección de control de los Servicios de Protección Radiológica y de las Empresas de Venta y Asistencia Técnica de equipos de rayos X con fines médicos, y la inspección de transportes de sustancias nucleares o radiactivas, en la Comunitat Valenciana.

**CERTIFICA:** Que se ha personado el día trece de noviembre de dos mil trece, en las dependencias del Servicio de Protección Radiológica del **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA**, sito en la [REDACTED], de Valencia.

Que la visita tuvo por objeto la inspección de control del Servicio de Protección Radiológica, ubicado en el emplazamiento referido, en cumplimiento con lo dispuesto en el Reglamento sobre Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes.

Que la inspección fue recibida por D. [REDACTED] Jefe del Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica, quien aceptó la finalidad de la misma en cuanto se relaciona con la seguridad y protección radiológica.

Que el SRFyPR dispone de Autorización concedida por el Consejo de Seguridad Nuclear con fecha 8 de julio de 1992.

Que los representantes del titular de la instalación fueron advertidos previamente al inicio de la inspección que el acta que se levante de este acto, así como los comentarios recogidos en la tramitación de la misma, tendrán la consideración de documentos públicos y podrán ser publicados de oficio, o a instancia de cualquier persona física o jurídica. Lo que se notifica a los efectos de que el titular exprese qué información o documentación aportada durante la inspección podría no ser publicable por su carácter confidencial o restringido.

De las comprobaciones efectuadas por la inspección, así como de la información suministrada por el personal técnico responsable de la instalación, resulta que:

### UNO. DEPENDENCIA, ORGANIZACIÓN Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN.

- El servicio se denominaba Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica (SRFyPR), es un servicio central, dependiendo el área de protección radiológica del Director Gerente del Departamento de Salud número 5 Clínico – Malvarrosa, y el área de radiofísica de la Dirección Médica. \_\_\_\_\_
- El ámbito de actuación del SRFyPR comprendía el Departamento de Salud número 5 de la Conselleria de Sanidad, formado por las siguientes instalaciones:
  - Hospital Clínico Universitario (IRA-0154, IRA-0750 y RX/V-0601). \_\_\_\_\_
  - Hospital de la Malvarrosa (RX/V-0372). \_\_\_\_\_

- Instituto Social de la Marina (RX/V-0155). \_\_\_\_\_
- Centro de Especialidades de El Grao (RX/V-0283). \_\_\_\_\_
- Centros de Especialidades de Alboraya (RX/V-2230). \_\_\_\_\_
- El SRFyPR no había modificado su ámbito de actuación. \_\_\_\_\_
- Las instalaciones radiactivas bajo su cobertura no habían sufrido modificaciones. Según se manifestó a la inspección, las modificaciones de las instalaciones de radiodiagnóstico médico no reflejaban el estado vigente de las mismas por un error del Servicio Territorial en la tramitación en los expedientes. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR disponía de registro informático actualizado de los equipos de rayos X pertenecientes a las instalaciones de radiodiagnóstico médico de las instalaciones bajo su cobertura. Los equipos pertenecientes a las instalaciones radiactivas no habían sufrido modificación, quedando relacionados en los informes anuales remitidos al Consejo de Seguridad Nuclear. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR se relacionaba directamente con el Director Gerente del Área de salud, y con los Directores, Supervisores y Jefes de Servicio de las instalaciones que estaban bajo su cobertura. \_\_\_\_\_

## DOS. MEDIOS HUMANOS.

- El personal del SPR estaba formado por un jefe de servicio, tres radiofísicos adjuntos, un físico, un TER operador de MN y RT, y un administrativo. \_\_\_\_\_
- Se informó a la inspección que en caso de ausencia del Jefe del SPR, uno de los radiofísicos ocupaba dichas funciones. \_\_\_\_\_
- Se manifestó a la inspección que actualmente no se realizaban actividades de formación del personal de SRFyPR por la falta de recursos económicos asignados a las mismas. \_\_\_\_\_
- Asimismo se informó, que no se disponía de plan continuado de formación ya que la Escuela Valencia de Estudios de la Salud (EVES) no contemplaba actividades de formación específica dirigidas a personal integrado en los SRFyPR. \_\_\_\_\_
- La organización, funciones y distribución de tareas del personal del SRFyPR, quedaba reflejada en el Reglamento de Régimen Interno del Servicio. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR realizaba los controles de calidad de todos los equipos de radiodiagnóstico médico. No había personal con dedicación exclusiva a las instalaciones de RD, las tareas eran compartidas por los radiofísicos del Servicio.

## TRES. MEDIOS TÉCNICOS.

- Las dependencias del SRFyPR se ubicaban en la planta sótano del nuevo edificio de la Facultad de Medicina, junto al Servicio de Mantenimiento. El acceso al SPR se encontraba señalizado, realizándose desde el pasillo de entrada de mercancías del Hospital. \_\_\_\_\_

- Las dependencias estaban formadas por cuatro despachos, un aula/biblioteca, una secretaría, un laboratorio de radiofísica, un laboratorio de protección radiológica, un archivo, un local de servicios informáticos y dos aseos. \_\_\_\_\_
- El equipamiento y fuentes radiactivas adscritos al SRFyPR quedaba reflejado en el informe anual correspondiente al año 2012, así como en el Reglamento de Régimen Interno. Se mostró a la inspección el registro informático del dicho equipamiento en el que se indicaba el uso y características. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR realizaba los controles de calidad de los equipos de radiodiagnóstico, RT y verificación radiológica de las instalaciones de RX, RT y MN, con los medios técnicos asignados. \_\_\_\_\_
- Los equipos de medida y detección de la radiación eran calibrados por el \_\_\_\_\_ con una periodicidad anual y los equipos destinados a realizar los controles de RT eran calibrados en el \_\_\_\_\_, cuando realizaban campañas de calibración. El SRFyPR verificaba anualmente los monitores de radiación/contaminación y equipos de medida, estando disponibles los registros justificativos. \_\_\_\_\_
- Se mostró a la inspección el certificado de calibración de la cámara de ionización \_\_\_\_\_ n/s 90-1538, sondas \_\_\_\_\_ de fecha 29 de octubre de 2013. \_\_\_\_\_
- El SPR disponía de una fuente encapsulada de Co-57 decaída y ubicada en las dependencias del SRFyPR, y de Sr-90 para la verificación de los monitores ubicada en la gammateca de MN. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR no realizaba pruebas de hermeticidad de las fuentes radiactivas encapsuladas por no disponer de fuentes en uso. \_\_\_\_\_

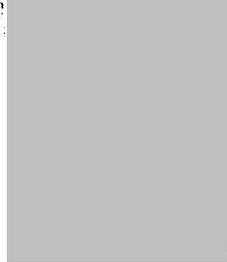
#### CUATRO. VIGILANCIA DOSIMÉTRICA Y SANITARIA.

##### A. CONTROL DOSIMÉTRICO.

- El Jefe del SRFyPR era el responsable de la clasificación de los trabajadores profesionalmente expuestos (TPE), en función del perfil y del puesto de trabajo, según procedimiento establecido en el manual de protección radiológica (MPR). \_
- El personal de MN, SRFyPR e intervencionismo estaban clasificados como categoría A. El resto de TPE pertenecientes a RD y los pertenecientes a RT estaban clasificados como categoría B. \_\_\_\_\_
- La clasificación de los TPE se realizaba basándose en el documento "Guía sobre criterios de protección radiológica operacional para trabajadores expuestos en instalaciones radiactivas en el sector sanitario" de la SEPR. \_\_\_\_\_
- El personal de nueva incorporación era remitido al SRFyPR por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) para su clasificación. El SPRL les realizaba el reconocimiento médico inicial una vez clasificados. \_\_\_\_\_
- La dosimetría de los nuevos TPE era solicitada por el supervisor de enfermería del Servicio al que habían sido asignados, quién les describía las funciones a desempeñar. \_\_\_\_\_



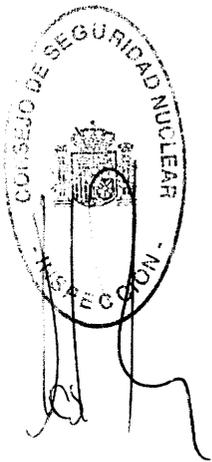
- La solicitud asignación de dosimetría se realizaba al SRFyPR mediante el documento "Solicitud de asignación de dosimetría personal", en el que se exponía la actividad del nuevo trabajador. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR se encargaba de la gestión del control dosimétrico del personal de las instalaciones de su ámbito de actuación, realizándose a través de dosímetros de termoluminiscencia de solapa y muñeca. \_\_\_\_\_
- Los TPE disponían de dosímetro personal de solapa. Los dosímetros de muñeca se asignaban al personal de intervencionismo y personal de MN que inyectaba. \_\_\_\_
- Inicialmente se asignaba un dosímetro rotatorio al TPE. Si el contrato superaba los 3 meses de duración se le solicitaba dosimetría personal. \_\_\_\_\_
- Los dosímetros de solapa y muñeca eran procesados mensualmente por el [REDACTED]. Se informó a la inspección que el [REDACTED] había implementado una asignación de dosis a las lecturas de los dosímetros rotatorios del personal que tenía historial dosimétrico. \_\_\_\_\_
- Los dosímetros se entregaban junto con un documento de recomendaciones de uso, gestión y explicación de dosis. El TPE firmaba el documento de recepción de dosímetro. \_\_\_\_\_
- Estaban disponibles las copias de los formularios de altas y bajas de control dosimétrico custodiadas en el SRFyPR. \_\_\_\_\_
- Se informó a la inspección que al SRFyPR se le tardaba en comunicar el personal que rotaba dentro del hospital o que cesaba en su trabajo, lo que generaba dificultades en la gestión dosimétrica. Actualmente, el SRFyPR estaba trabajando en una base de datos para disponer de información de las altas y bajas de los trabajadores y así poder subsanar las posibles deficiencias en la clasificación y asignación dosimétrica. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR sólo conocía si un trabajador estaba trabajando en dos instalaciones si se lo comunicaba. \_\_\_\_\_
- El número de dosímetros asignados en el Departamento de Salud del Hospital era de 286 TLD's de solapa y 70 dosímetros de muñeca, según se reflejaba en los registros mostrados a la inspección. \_\_\_\_\_
- Se disponía de 20 dosímetros rotatorios en el momento de la inspección. \_\_\_\_\_
- El [REDACTED] enviaba mensualmente los dosímetros del Hospital al SRFyPR, desde donde se distribuían a los servicios usuarios. Los TLD's de las instalaciones de RD los remitía el centro lector a cada una de ellas. \_\_\_\_\_
- La distribución de los dosímetros por parte del SRFyPR se realizaba mediante reparto en paneles dispuestos en cada servicio. En los centros externos se realizaba a través del supervisor de enfermería o del jefe de servicio de RD. \_\_\_\_\_
- Estaba disponible el protocolo de entrega de dosímetro PR-RT-01 en proceso de desarrollo en el momento de la inspección. \_\_\_\_\_



- Las lecturas dosimétricas eran recibidas en el SRFyPR mensualmente en papel y separadas por servicios, custodiándolas en sus dependencias. El SRFyPR tenía acceso a dichas lecturas a través de la página web del CND. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR conocía la situación de no envíos y pérdidas por el procedimiento establecido por el CND. Se manifestó que los no envíos derivaban en pérdidas dosimétricas. Las pérdidas de dosímetro debían ser comunicadas por el TPE a través del documento de declaración de pérdida de dosímetro establecido por el CND, remitido con la dosimetría y disponible en su web. Cuando se comunicaba la pérdida, se asignaba un dosímetro rotatorio al TP cuyas dosis se asignaban al historial dosimétrico del trabajador. En caso de parecer el dosímetro extraviado se remitía de nuevo al centro lector. \_\_\_\_\_
- La evaluación de la dosimetría se realizaba por parte del Jefe del SRFyPR en caso de incidencia. En estos casos se buscaba las causas y se estudiaba el motivo, tomándose las medidas oportunas que correspondieran. Se informó a la inspección que no se habían dado niveles de dosis alarmantes. \_\_\_\_\_
- El nivel de registro de dosis y de intervención eran los propios del CND, reflejados en las lecturas de los dosímetros. \_\_\_\_\_
- Las dosis administrativas eran comunicadas a Gerencia del hospital, quien debía contactar con el trabajador para subsanar el problema e informarle del hecho. Dichas dosis administrativas derivaban en pérdidas de dosímetro. \_\_\_\_\_
- Las dosis administrativas no se eliminaban del historial dosimétrico. \_\_\_\_\_
- El SPRL tenía acceso directo al historial dosimétrico de los trabajadores. \_\_\_\_\_
- Las lecturas dosimétricas individuales se remitían a los trabajadores por el SPR del Hospital La Fe cuando superaban la dosis de registro. \_\_\_\_\_
- El porcentaje de dosímetros leídos en la fecha correspondiente era de 90%. \_\_\_\_\_
- El historial dosimétrico se entregaba al trabajador si lo requería. Cuando un TPE venía de otro centro se le pedía su historial dosimétrico. \_\_\_\_\_

#### B. TRABAJADORAS EXPUESTAS GESTANTES.

- Se informó a la inspección, que las trabajadoras expuestas gestantes (TEG) acudían directamente al SPRL quienes sistemáticamente les daba la baja laboral por estar expuestas a radiaciones ionizantes, como si fuera un caso de máximo riesgo. \_\_\_\_\_
- Asimismo, se informó a la inspección que no existía un criterio consensuado entre el SRFyPR y el SPRL en lo que respecta a la baja laboral de dichas trabajadoras. \_\_\_\_\_
- Las TEG que quisieran permanecer en su puesto de trabajo lo comunicaban al SRFyPR, quien evaluaba los riesgos del puesto laboral indicando dónde y en qué condiciones pueden trabajar e informando sobre el uso de dosimetría de abdomen. \_\_\_\_\_



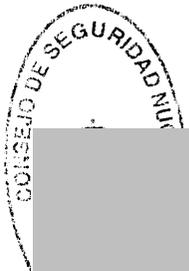
- El SRFyPR disponía de formulario de comunicación de embarazo para las TEG, dirigido al SRFyPR. Dichos formularios quedaban archivados en el SRFyPR, mostrándose a la inspección copia de los mismos. \_\_\_\_\_
- El informe de evaluación del puesto de trabajo se remitía al SPRL, entregándose copia escrita en mano a la TEG junto con el documento informativo sobre trabajadoras gestantes del Consejo de Seguridad Nuclear. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR asignaba dosimetría de abdomen a la TEG que lo solicitaba, y en casos excepcionales dosimetría de lectura directa para control personal del propio trabajador. Para ello se disponían de tres DLD's de la firma [REDACTED] n/s 2174, 2353 y 2175. \_\_\_\_\_
- Hasta la fecha de la inspección, no se había asignado dosimetría de abdomen ya que las TEG no lo habían solicitado. \_\_\_\_\_
- Los casos de declaración de embarazo se evaluaban individualmente. No se disponía de evaluación previa de los puestos de trabajo ya que, según se informó a la inspección y se desprendía de las declaraciones firmadas, eran muy pocas TEG las que optaban por continuar en su puesto laboral. \_\_\_\_\_
- Desde el año 2011 se habían declarado 6 embarazos. \_\_\_\_\_

#### C. VIGILANCIA SANITARIA.

- La vigilancia médica de los trabajadores se realizaba a través del [REDACTED] \_\_\_\_\_
- El SRFyPR remitía al [REDACTED] el listado de trabajadores de categoría A, siendo el [REDACTED] el encargado de citarlos. \_\_\_\_\_
- El [REDACTED] comunicaba el Apto de los trabajadores expuestos al SRFyPR, estando la copia disponible de las revisiones realizadas hasta la fecha de la inspección. \_\_\_\_\_
- Todos los trabajadores que renovaban la licencia y los nuevos TPE de categoría A se realizaban el reconocimiento médico. \_\_\_\_\_
- No se disponía de procedimiento escrito relativo a las comunicaciones entre SRFyPR-[REDACTED] Titular. \_\_\_\_\_
- En la documentación mostrada a la inspección se reflejaba que el 90% de los trabajadores citados se realizaban el reconocimiento médico, el personal que no se lo realizaba eran trabajadores de las instalaciones de radiodiagnóstico. \_\_\_\_\_
- Se informó a la inspección que el [REDACTED] era el encargado de gestionar los casos en los que los TPE no se realizaban el reconocimiento médico. \_\_\_\_\_

#### CINCO. PROCEDIMIENTOS.

- El Manual de Protección Radiológica (MPR) vigente era del año 2008. \_\_\_\_\_
- En el momento de la inspección, el SRFyPR estaba en proceso de actualización de los procedimientos relativos a contaminación, gestión de residuos de MN, dosimetría ambiental y gestión de la dosimetría, mostrándose a la inspección copia de los mismos. \_\_\_\_\_



- Asimismo, se encontraban en fase de revisión de las normas básicas de funcionamiento y plan de emergencia interior de las instalaciones radiactivas y se estaba elaborando Manuales de Protección Radiológica específicos de las instalaciones radiactivas y de radiodiagnóstico. \_\_\_\_\_
- Estaba disponible el listado de los procedimientos actuales incluidos en el MPR, del cual se mostró copia a la inspección, entre los que se encontraban los referentes a la autorización de las instalaciones, gestión de licencias, acreditación del personal de RD, clasificación de personal y zonas, vigilancia trabajadoras gestantes, contaminación y descontaminación, verificación instalaciones, gestión de residuos y material radiactivo, y formación en protección radiológica. \_\_\_\_\_
- La clasificación radiológica de las áreas era realizada por el SRFyPR según procedimiento establecido. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR estaba en proceso de elaboración de normas específicas de protección radiológica que se entregarán a los TPE y se colgarán en la intranet del hospital, de la misma forma que se procede, por ejemplo, con las normas de uso de los equipos. \_\_\_\_\_
- La petición y recepción de material radiactivo se realizaba por parte de la radiofarmacia en monodosis a la firma \_\_\_\_\_ no almacenándose material radiactivo residual en las instalaciones. El control de calidad del material se realizaba en MN. Los albaranes de las recepciones se entregaban al SRFyPR quien los custodiaba. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR disponía de registros informáticos del material diario recibido. \_\_\_\_\_
- Los residuos generados eran almacenados en los pozos situados en el almacén de residuos, gestionándose los sólidos contaminados como residuos biosanitario o convencional, según orden ECO, transcurrido el periodo de decaimiento. \_\_\_\_\_
- El hospital no generaba residuos líquidos. \_\_\_\_\_
- El formato de registro de los residuos generados estaba en fase de revisión por el SRFyPR. \_\_\_\_\_
- No se disponía de contrato con ENRESA para la retirada de material radiactivo. \_\_\_\_\_
- Se informó a la inspección que se realizaban los controles previos a la evacuación de residuos, no estando procedimentado. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR había realizado un documento sobre normas de comportamiento para los pacientes de MN, el cual se había entregado a la instalación radiactiva para su distribución. \_\_\_\_\_
- Los operadores del Servicio de MN, según protocolo escrito, realizaban el control radiológico de los pacientes de terapia metabólica ambulatoria, siempre bajo supervisión del SRFyPR. En caso de superación de la dosis límite, el Servicio de MN avisaría al SRFyPR para su intervención. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR realizaba el control de los niveles de radiación de las instalaciones radiactivas y de radiodiagnóstico con una periodicidad anual. Los controles de contaminación se realizaban semanalmente en cada una de las dependencias del Servicio por los operadores de MN. \_\_\_\_\_



- Estaba disponible el procedimiento relativo a la descontaminación. Las actuaciones relativas a descontaminación de personas y zonas de trabajo eran realizadas por el personal del SRFyPR en colaboración con el personal de MN, siendo reflejadas en el informe anual. \_\_\_\_\_
- No se realizaban controles de contaminación interna. \_\_\_\_\_
- La verificación de los equipos de detección y medida de la radiación y contaminación era realizada por el SRFyPR, con periodicidad anual y mensual respectivamente, disponiendo de procedimiento y de los registros justificativos. \_\_\_\_\_
- No se realizaban simulacros de emergencia en las instalaciones. \_\_\_\_\_
- El SPR disponía de procedimiento de comunicación de sucesos notificables según la IS-18. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR participaba en la compra de equipos. Conocía la existencia y contenido de los contratos de mantenimiento así como del calendario de revisiones. El mantenimiento era realizado por las firmas suministradoras con periodicidad anual en los equipos pertenecientes a MN y RD y trimestral en el acelerador lineal. \_\_\_\_\_
- Se facilitó a la inspección copia de los escritos emitidos con fecha 21 de octubre de 2013 por la firma \_\_\_\_\_ y recibidos en el SRFyPR el 27 de octubre de 2013, en los que se les informaba que a partir del 01 de mayo de 2014, la totalidad de las partes que componen el sistema del acelerador lineal perteneciente a la instalación de RT serán excluidas de la cobertura del contrato de mantenimiento por obsolescencia de ciertos componentes, así como las alternativas a su actualización. \_\_\_\_\_
- Se informó a la inspección que los problemas técnicos surgidos en los equipos de pertenecientes a las instalaciones de RD eran comunicados por el supervisor de enfermería del centro al Servicio de Mantenimiento del hospital, quien informaba al SRFyPR. En los casos que la vería requería intervención del SRFyPR, su resolución se comunicaba por escrito a la instalación. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR realizaba las revisiones y seguimiento de las desviaciones detectadas en los equipos de RD, quedando reflejado en los registros informáticos implementados a tal efecto. \_\_\_\_\_
- Los informes de las actuaciones realizadas sobre los equipos de las instalaciones del departamento de salud, y la documentación relativa a los equipos se encontraban archivados en el SRFyPR. \_\_\_\_\_
- Estaban disponibles los registros de los controles de calidad de los equipos de radiodiagnóstico en papel realizados por el SRFyPR de las instalaciones de RD de su ámbito de cobertura. El resultado de los controles era comunicado a las instalaciones de RD, adjuntando una copia resumen en el informe anual del SRFyPR. \_\_\_\_\_
- Los controles de calidad eran realizados siguiendo el protocolo de control de calidad en radiodiagnóstico de la SEFM y la SVPR. \_\_\_\_\_

CONSEJO DE  
SEGURIDAD NUCLEAR

- Las prendas y medios de protección de las instalaciones eran controlados por el SRFyPR. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR realizaba la evaluación de dosis a paciente en RT y a requerimiento en el resto de exploraciones. Desde la última inspección se había realizado una estimación de dosis a una paciente embarazada en MN. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR realizaba la documentación referente a la inscripción y modificación de las instalaciones radiactivas y de radiodiagnóstico bajo su cobertura, así como los informes anuales y periódicos de las mismas y los certificados de conformidad de las instalaciones de RD. \_\_\_\_\_
- Estaba disponible el informe anual del SRFyPR correspondiente al año 2012, remitido al Consejo de Seguridad Nuclear. \_\_\_\_\_

### SEIS. FORMACIÓN.

- El SRFyPR se encargaba de tramitar las licencias del personal de las instalaciones radiactivas bajo su cobertura, desconociendo la totalidad de acreditaciones del personal de radiodiagnóstico. \_\_\_\_\_
- Las copias de las licencias del personal de MN y RT, y las acreditaciones facilitadas del personal de RD, se encontraban archivadas en el SRFyPR, quien realizaba el seguimiento de las mismas. \_\_\_\_\_
- Las licencias y acreditaciones del personal del departamento de salud, se controlaban al contratar a los trabajadores, incluido el de suplencia, por el Servicio de Personal. En caso de que el nuevo trabajador no dispusiera de licencia, se gestionaba por parte del SRFyPR. \_\_\_\_\_
- El SPR disponía de procedimiento relativo a la formación del personal MIR, no disponiendo para el resto de personal. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR realizaba uno o dos cursos al año de Director de instalaciones de RD. No realizaban cursos de operador de instalaciones de RD puesto que generalmente eran TER los cuales venían con su titulación. Se informó a la inspección que no realizaban cursos de II nivel ya que no se disponía de infraestructura para desarrollarlos. \_\_\_\_\_
- El SRFyPR había realizado tres cursos de formación en materia de protección radiológica, uno en el año 2013 dirigido a personal de enfermería, dos en los años 2012 y 2013 dirigido a personal de MN y RT, de los cuales se encontraban disponibles los registros de citación. \_\_\_\_\_
- Asimismo, el SRFyPR había participado en preparación de los cursos on-line para la formación en protección radiológica del personal MIR perteneciente a hospitales públicos de la Comunidad Valenciana, realizados a través del EVES. \_\_\_\_\_

Que con el fin de que quede constancia de cuanto antecede y a los efectos que señala la ley 15/1980 (reformada por Ley 33/2007) de Creación del Consejo de Seguridad Nuclear, la ley 25/1964 sobre Energía Nuclear, el RD 1836/1999 (modificado por el RD 35/2008) por el que se aprueba el Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas, el RD 783/2001 (modificado por el RD 1439/2010), por el que se aprueba el Reglamento de Protección Sanitaria contra las Radiaciones Ionizantes, la Instrucción IS-28 del CSN sobre especificaciones técnicas de funcionamiento que deben cumplir las instalaciones radiactivas de segunda y tercera categoría y la referida autorización, se levanta y suscribe la presente acta por triplicado en L'Eliana, en el Centro de Coordinación de Emergencias de la Generalitat a veintisiete de noviembre de dos mil trece.

LA INSPECTORA

Fdo.:

**TRÁMITE:** En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 45 del Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas, se invita a un representante autorizado del SPR del **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO**, para que con su firma, lugar y fecha manifieste su conformidad o reparos al contenido del Acta.

Manifiesto mi conformidad con el contenido de este acta.

Fdo.

Jefe de Protección Radiológica