

SOLICITUD DE ACREDITACIONES PARA OPERAR Y/O DIRIGIR INSTALACIONES DE RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

1.- Cumplimentar y firmar la “Solicitud del modelo 801 para el pago de las tasas por concesión de acreditaciones” y presentarla en:

- En el Registro del Consejo de Seguridad Nuclear
- En cualquier Registro de los que establece el artículo 38 de la Ley 30/1992
- Por correo, enviándolo a la siguiente dirección:
-

Consejo de Seguridad Nuclear
Subdirección de Personal y Administración
Servicio de Tasas y otros Ingresos
C/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11
28040-MADRID

- Por Fax al nº 91 3460 375
- Por e-mail adjuntando el archivo en pdf a la siguiente dirección: tasas@csn.es
- Por procedimiento telemático, según hoja adjunta

2.- El CSN le remitirá 3 ejemplares del formulario de autoliquidación de la tasa, así como el impreso de “Solicitud de Acreditación”

3.- Una vez abonada la tasa, deberá presentar en el CSN: el impreso de “Solicitud de Acreditación”, una copia del DNI, copia compulsada del Título Académico, y copia del abono de la tasa correspondiente, en:

- En el Registro del Consejo de Seguridad Nuclear.
- En cualquier Registro de los que establece el artículo 38 de la Ley 30/1992.
- A través de la Oficina Virtual que encontrará en nuestra web www.csn.es
- Por correo, enviándolo a la siguiente dirección:

Consejo de Seguridad Nuclear
Subdirección de Protección Radiológica Operacional
Area de Licencias y Formación
C/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11
28040-MADRID

PROCEDIMIENTO TELEMÁTICO PARA PAGO DE LA TASA

Para utilizar el procedimiento telemático debe disponer de certificado digital. Es válido el DNI electrónico.

PASOS A SEGUIR:

- 1.- Acceder a la oficina virtual del CSN en la siguiente dirección: www.csn.es
- 2.- En el menú, seleccionar **Tasas**
- 3.- Después seleccionar **Modelos y Formularios**
- 4.- Pulsar acceso al sistema
- 5.- Cumplimentar los datos que solicita el sistema
- 6.- Pulsar Crear

A continuación puede optar entre:

- Pagar por vía telemática, para lo que el sistema le pedirá el número de cuenta bancaria (20 dígitos) donde desea efectuar el cargo de la deuda, ó
- Imprimir el documento de tasa creado en los pasos anteriores y pagarlo en cualquier oficina de la Caixa.

IMPORTANTE:

Pagada la tasa debe presentar la solicitud de acreditación junto con la documentación necesaria.

SOLICITUD DEL MODELO 801 PARA EL PAGO DE LAS TASAS POR CONCESIÓN DE ACREDITACIONES

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

DOMICILIO NOTIFICACIONES (1)	NOMBRE	<input type="text"/>		
	DPTO/ATTEN	<input type="text"/>		
	DOMICILIO	<input type="text"/>		
	MUNICIPIO	<input type="text"/>		
	C.POSTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	PROVINCIA	<input type="text"/>		
	TELEFONO	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
	CONTACTO	<input type="text"/>		

(1) SI OPTA POR UN DOMICILIO DISTINTO DEL PARTICULAR DEL SOLICITANTE

MARCAR CON UNA X EL TIPO DE SOLICITUD (SOLAMENTE UNA OPCIÓN)

ACREDITACIÓN PARA INSTALACIONES DE RADIODIAGNÓSTICO	OPERAR	<input type="checkbox"/>	DIRIGIR	<input type="checkbox"/>
---	--------	--------------------------	---------	--------------------------

Lugar, fecha y firma:

ENVIAR AL SERVICIO DE TASAS

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

CSN, en su carácter de responsable del fichero, le informa que los datos personales que proporcione en respuesta al presente formulario serán incorporados en un fichero automatizado/no automatizado creado con la finalidad de gestionar el cobro de las tasas, inscrito a tal efecto en el Registro General de Protección de Datos. Dichos datos serán recogidos y tratados en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal 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: Consejo de Seguridad Nuclear, C/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11, 28040 Madrid.

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA OPERAR o DIRIGIR
INSTALACIONES DE RAYOS X CON FINES DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.**

Nombre: _____ 1^{er} Apellido: _____

2^o Apellido: _____

DNI/Pasaporte n^o: Fecha de nacimiento:

Domicilio:.....

Población:..... Provincia:

Código Postal: Teléfono:,.....

EXPONE: Que estando en posesión del título académico

.....

SOLICITA: Le sea extendida **Accreditación** para: **DIRIGIR** u **OPERAR** (marque con una X lo que proceda) Instalaciones de Rayos X con fines de Diagnóstico Médico.

A este efecto, se adjunta fotocopia compulsada de la titulación requerida, fotocopia simple del DNI y copia del impreso de pago de la tasa POR CORREO POSTAL a la dirección indicada a pie de página.

En..... a..... de.....de.....

(Firma)

SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR

C/ Pedro Justo Dorado Dellmans, 11 – 28040 MADRID. Teléf.: +34913460100. Email: licencias@csn.es