

MODELO DE SOLICITUD ANTE LA AUTORIDAD DE SALUD COMPETENTE DE NIVEL NACIONAL

Arequipa, de..... del 202...

Señor

M.C.
GERENTE REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
Vía de la Salud S/N
Arequipa

ASUNTO: Solicitud de "REGISTRO DE ACREDITACION DEL SERVICIO DE APOYO AL MÉDICO OCUPACIONAL"

De mi especial consideración:

YO _____ (nombres y apellidos) y DNI N° _____, representante legal de la empresa _____; con domicilio legal en _____ y RUC N° _____, solicito a usted disponga a quien corresponda se me otorgue el **"REGISTRO DE ACREDITACION DEL SERVICIO DE APOYO AL MÉDICO OCUPACIONAL"**, para lo cual presento como mínimo el desarrollo de las siguientes actividades:

- 1) Laboratorio Clínico
- 2) Radiología (Rx)
- 3) Espirometría (Neumología)
- 4) Audiometría (Otorrinolaringología)
- 5) Psicología

Otros Especificar: Toxicología, Oftalmología, Cardiología, etc.

Para tal efecto, adjunto expediente para evaluación.

Sin otro particular, es gracia que espero alcanzar por ser de justicia.

**NOMBRE Y APELLIDOS,
FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**FORMULARIO REGISTRO DE ACREDITACION
DE SERVICIOS DE APOYO AL MÉDICO OCUPACIONAL**

1. DEL SOLICITANTE

1.1 Nombre o Razón Social		1.2 RUC	
1.3 Representante Legal		1.4 DNI	
1.5 Dirección: Jr./Calle/MZ.			
N°/Lt. :		Urb./AAHH/Sector/Otros :	
1.6 Distrito	1.7 Provincia	1.8 Departamento	
1.9 Teléfono		1.10 e-mail	

2. DEL ESTABLECIMIENTO

2.1. Dirección: Jr./Calle/MZ.			
N°/Lt. :		Urb./AAHH/Sector/Otros :	
2.2. Distrito	2.3. Provincia	2.4. Departamento	
2.5. Teléfono		2.6. e-mail	

3. DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE APOYO AL MÉDICO OCUPACIONAL

3.1 Nombre y Apellidos		3.2 DNI	
3.3 Dirección: Jr./Calle/MZ.			
N°/Lt. :		Urb./AAHH/Sector/Otros :	
3.4 Distrito	3.5 Provincia	3.6 Departamento	
3.7 Teléfono	3.8 Fax	3.9 e-mail	
3.10 ESPECIALIDAD	3.11 CMP N°	3.12 RNE	
3.13. FORMACION EN SALUD OCUPACIONAL CON ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> CON MAESTRIA <input type="checkbox"/> MÉDICO – Art. 2° - 004-2014/MINSA <input type="checkbox"/>			

4. ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL

ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROFESIONAL PROPUESTO
1 Laboratorio Clínico (*)	
2 Radiología (Rx) (**)	
3 Psicología	
4 Espirometría	
5 Audiometría	
6 Otros	

(*) Para los servicios tercerizados de Laboratorio y Toxicología el solicitante deberá presentar copia simple del contrato o convenio respectivo, la Resolución de Categorización y Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) emitido por SUSALUD, de la empresa contratante; precisándose que para toxicología se deberá acompañar una memoria descriptiva de los equipos usados en la referida actividad.

(**) En el caso de Radiología presentar Convenio o Contrato, Licencia de Operación del Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) vigente, Informe de Límites y Condiciones de la Licencia de Operación y Control de Calidad vigente de dicha empresa.

(**) En caso se ejecute servicios de salud ocupacional con empresas del sector minería, el profesional médico radiólogo y tecnólogo médico en radiología, deben de acreditar el curso de Lectura de RADIOGRAFIA según clasificación OIT 2000.

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es veraz.

Fecha:/...../.....

**NOMBRE Y APELLIDOS
 FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL**