



**FORMULARIO DE EVALUACIÓN
PARA AUTORIZACIÓN ESPECIAL
DE INSTALACIONES RADIATIVAS DE PRIMERA CATEGORÍA**
(Formulario se debe llenar con letra de imprenta y legible)

1. DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | | |
|----------------------|--|--------------------|--------|-----|
| Nombres | | Apellidos | | RUN |
| Dirección particular | | Comuna | Región | |
| Teléfono | | Correo electrónico | | |

2. NOTIFICACIÓN

¿Desea ser notificado mediante mensaje por correo electrónico?

SI, autorizo como medio de notificación preferente la notificación electrónica en la casilla de correo electrónico que se indica a continuación. Asimismo, reconozco y declaro haber leído y acepto las condiciones asociadas a ella, que constan en anexo.

_____@_____

NO, deseo ser notificado respecto a esta solicitud conforme a las reglas generales.

3. DETALLE DE LA AUTORIZACIÓN ESPECIAL SOLICITADA

| | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Autorización Especial de Operador | <input type="radio"/> Primera vez |
| <input type="radio"/> Autorización Especial de Oficial de Protección Radiológica | <input type="radio"/> Renovación |

4. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTALACIÓN RADIATIVA:

| Tipo de instalación radiactiva. (art. 7, D.S. N° 133/84): | Práctica, Uso y/o Aplicación: (Seleccionar en el recuadro de la derecha el tipo de práctica, uso y/o aplicación). | |
|--|--|--|
| ACELERADOR DE PARTÍCULAS | Producción y manipulación de radioisótopos. | |
| | Inspección de carga. | |
| | Irradiación de materiales. | |
| PLANTAS DE IRRADIACIÓN | Irradiación de materiales. | |
| LABORATORIO DE ALTA RADIOTOXICIDAD | Medicina nuclear. | |
| | Producción y manipulación de radioisótopos. | |
| | Trazadores radiactivos. | |
| RADIOTERAPIA | Teleterapia. | |
| | Braquiterapia. | |
| GAMMAGRAFÍA INDUSTRIAL | Gammagrafía industrial. | |
| RADIOGRAFÍA INDUSTRIAL | Radiografía industrial. | |

Fecha:

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE



5. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

| | |
|--|---|
| NO PRESENTAR ALGUNO DE LOS DOCUMENTOS SERÁ MOTIVO SUFICIENTE PARA NO TRAMITAR LA SOLICITUD (Artículo 5, D.S. N°133 de 1984, del Ministerio de Salud; Artículo 31 de la Ley 19.880 que “Establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado”) | |
| 5.1. REQUISITOS PARA OPERADOR (Resolución Exenta N° (DISNR) N° 015/19) | |
| 5.1.1 Primera vez (Punto 2.1.1, Resolución Exenta (DISNR) N° 015/19) | |
| | Formulario de Solicitud de Evaluación para Autorización Especial en Instalaciones Radiactivas de Primera Categoría. |
| | Estar en posesión de una Autorización de desempeño vigente , otorgada por el Servicio de Salud correspondiente. |
| | Acreditar aptitudes físicas y síquicas (ver en D3) , de acuerdo con el tipo de instalación o práctica y función a desempeñar, mediante un certificado emitido por un médico cirujano. Tal certificado tendrá por objeto acreditar que la persona se encuentra apta para realizar las tareas de operador, sin poner en riesgo la seguridad de la instalación, terceros y del medio ambiente, según los requerimientos que a continuación se detallan: <ul style="list-style-type: none"> Niveles de visión, audición y habla normales. Capacidad de trabajo bajo presión, en situaciones de emergencia. |
| | Acreditar experiencia operativa (ver en D4) , de acuerdo al tipo de instalación o práctica y función a desempeñar, mediante un certificado emitido por el representante legal de la institución donde se efectuó la capacitación. Dicha capacitación deberá basarse en los contenidos indicados en el punto 1.13 del anexo de la R.E. N° 015/19. |
| | Aprobar un examen presencial escrito, oral y/o práctico. Dicho examen estará basado en los contenidos indicados en el punto 1 del anexo de la R.E. 015/2019, de acuerdo al tipo de instalación o práctica y función a desempeñar. La nota de aprobación será igual o superior al 75% . El examen también se podrá rendir en forma remota según lo establecido en la R.E. N° 017/20. |
| 5.1.2 Renovación (Punto 2.2.1, Resolución Exenta (DISNR) N° 015/19) | |
| | Formulario de Solicitud de Evaluación para Autorización Especial en Instalaciones Radiactivas de Primera Categoría. |
| | Certificado de historial dosimétrico otorgado por el Instituto de Salud Pública (ISP) . |
| | Certificado de aptitud física y síquica (ver en D3) , de acuerdo con el tipo de instalación o práctica y función a desempeñar, mediante un certificado emitido por un médico cirujano. Tal certificado tendrá por objeto acreditar que la persona se encuentra apta para realizar las tareas de operador, sin poner en riesgo la seguridad de la instalación, terceros y del medio ambiente, según los requerimientos que a continuación se detallan: <ul style="list-style-type: none"> Niveles de visión, audición y habla normales. Capacidad de trabajo bajo presión, en situaciones de emergencia. |
| | Acreditar experiencia efectiva en el cargo (ver en D5) , mediante certificados emitidos por los explotadores de las instalaciones en que haya trabajado. |
| | Acreditar formación continua en temas pertinentes a la aplicación, mediante certificados emitidos por la entidad capacitadora o por el explotador de la instalación. Ésta deberá ser efectuada durante el período de vigencia de la autorización anterior. |
| | Estar en posesión de una Autorización de desempeño vigente , otorgada por el Servicio de Salud correspondiente. |
| 5.2. REQUISITOS PARA OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA (Resolución Exenta N° (DISNR) N° 015/19) | |
| 5.2.1 Primera vez (Punto 2.1.2, Resolución Exenta (DISNR) N° 015/19) | |
| | Formulario de Solicitud de Evaluación para Autorización Especial en Instalaciones Radiactivas de Primera Categoría. |
| | Acreditar licencia de educación media o título profesional. Los títulos profesionales extranjeros, deben efectuar el trámite de reconocimiento en Chile. Para que un título o grado obtenido en el extranjero permita a quien lo posee ejercer libremente la profesión en Chile, debe contar con la validación de la autoridad competente que corresponda. Actualmente este reconocimiento puede realizarse en las siguientes entidades: <ol style="list-style-type: none"> Reconocimiento mediante convenio por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile: http://uchile.cl/u8311 Este convenio aplica para: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Uruguay. Reconocimiento mediante convenio por el Ministerio de Educación de Chile: http://uchile.cl/u96178 Este convenio aplica para: Argentina, Ecuador, España y Reino Unido. Revalidación o reconocimiento mediante la Universidad de Chile, http://uchile.cl/u8312, para todos aquellos títulos o grados obtenidos en el extranjero que no apliquen a un convenio actual con Chile. Convenio Andrés Bello, para acreditar la licencia de educación media y está destinado a personas chilenas o extranjeras que regresan o ingresan a Chile, y desean acreditar sus estudios básicos y medios cursados en países que son parte del convenio: Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, España, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela. Mas información: https://www.ayudameduc.cl/ficha/reconocimiento-y-convalidacion-de-estudios-basicos-y-medios-no-profesionales-realizados-en-el |
| | Acreditar aptitudes físicas y síquicas (ver en D3) , de acuerdo al tipo de instalación o práctica y función a desempeñar, mediante un certificado emitido por un médico cirujano. Tal certificado tendrá por objeto acreditar que la persona se encuentra apta para realizar las tareas de oficial de protección radiológica, sin poner en riesgo la seguridad de la instalación, terceros y del medio ambiente, según los requerimientos que a continuación se detallan: <ul style="list-style-type: none"> Niveles de visión, audición y habla normales. Capacidad de trabajo bajo presión, en situaciones de emergencia. |
| | Aprobar un examen presencial escrito, oral y/o práctico específico a la instalación o práctica y función que se desea desempeñar. Dicho examen estará basado en los contenidos indicados en los puntos 1 y 2 del anexo de la R.E. 015/2019. La nota de aprobación será igual o superior al 75% . La solicitud de servicio realizada para obtener Autorización Especial considera 2 (dos) convocatorias para rendir el examen. En caso de reprobación las 2 convocatorias, debe realizar una nueva solicitud por el Portal de Trámites digitales de CCHEN. El examen también se podrá rendir en forma remota según lo establecido en la R.E. N° 017/20. |



5.2.2 Renovación (Punto 2.2.2, Resolución Exenta (DISNR) N° 015/19)

| |
|---|
| Formulario de Solicitud de Evaluación para Autorización Especial en Instalaciones Radiactivas de Primera Categoría. Certificado de historial dosimétrico otorgado por el Instituto de Salud Pública (ISP). |
| Acreditar aptitudes físicas y síquicas (ver en D3) , de acuerdo al tipo de instalación o práctica y función a desempeñar, mediante un certificado emitido por un médico cirujano. Tal certificado tendrá por objeto acreditar que la persona se encuentra apta para realizar las tareas de oficial de protección radiológica, sin poner en riesgo la seguridad de la instalación, terceros y del medio ambiente, según los requerimientos que a continuación se detallan: <ul style="list-style-type: none">• Niveles de visión, audición y habla normales.• Capacidad de trabajo bajo presión, en situaciones de emergencia. |
| Acreditar experiencia efectiva en el cargo (ver en D5) , mediante certificados emitidos por los explotadores de las instalaciones en que haya trabajado. |
| Acreditar formación continua en temas pertinentes a la aplicación, mediante certificados emitidos por la entidad capacitadora o por el explotador de la instalación. Ésta deberá ser efectuada durante el período de vigencia de la autorización anterior. |
| Rendir un examen presencial escrito, oral y/o práctico específico a la instalación o práctica. El examen estará basado en los contenidos indicados en los puntos 1 y 2 del anexo de la R.E. 015/2019. La nota de aprobación será igual o superior al 50% . El examen también se podrá rendir en forma remota según lo establecido en la R.E. N° 017/20. |

**ANEXO 1
CERTIFICADO MÉDICO**

El Médico que suscribe, certifica haber sometido a exámenes médicos al Sr.(a) _____ RUT _____ quien presenta un estado psicofísico compatible con las funciones a desarrollar como:

- OPERADOR**
- OFICIAL DE PROTECCIÓN RADIOLOGICA (OPR)**

Según se establece en la Resolución Exenta (DISNR) N° 015/19, "Condiciones Psicofísicas para Autorización Especial en Instalaciones Radiactivas", en conformidad a la "Solicitud de Evaluación para Autorización Especial en Instalaciones Radiactivas de Primera Categoría" (Si hay contraindicación detallar):

_____, de _____ de 202__

Nombre del Médico: _____ **R.U.T.:** _____

Especialidad del Médico: _____ **Fono:** _____ **Firma:** _____

**ANEXO 2
CERTIFICADO DE EXPERIENCIA OPERATIVA PARA OPERADOR**

Quien suscribe, como Representante Legal de la de la empresa o institución: _____,

Sr. (a) _____ RUT: _____, certifico que se ha capacitado al

Sr. (a) _____, RUT: _____, para realizar tareas de **OPERADOR**.

En esta capacitación y/o entrenamiento, se entregó los conocimientos sobre protección y seguridad radiológica asociada a la práctica que se indica: _____, con una duración de al menos 40 horas, en los que se

incluye los temas indicados en la Resolución Exenta (DISNR) N° 015/19:

- Principios de uso o funcionamiento de la fuente de radiación.
- Diseño, operación y mantenimiento.
- Protección Radiológica aplicada a situaciones de exposición planificada y de emergencias

_____, de _____ de 202__

Representante Legal



**ANEXO 3
CERTIFICADO DE EXPERIENCIA EFECTIVA EN EL CARGO**

Quien suscribe, como Representante Legal de la de la empresa o institución: _____,

Sr. (a) _____, RUT: _____, certifico que el

Sr. (a) _____, RUT: _____, se ha desempeñado en el cargo de _____, en la práctica _____, desde _____ hasta _____.

_____ de _____ de 202_

Representante Legal
Nombre y Firma

ANEXO 4

DERECHOS Y OBLIGACIONES ASOCIADOS A LA NOTIFICACIÓN

1. Al seleccionar la opción "Si", usted, en su calidad de solicitante actuando de forma personal o debidamente representado, acepta ser notificado a la casilla correo electrónico indicada en el Formulario de Solicitud de Autorización, en el procedimiento que tenga lugar en virtud de su solicitud, con la misma validez y efectos que si lo hubiera sido en su domicilio físico.
2. Al acceder Ud. a ser notificado electrónicamente, la Comisión Chilena de Energía Nuclear se obliga a remitir, a la casilla electrónica que Ud. indique, identificando los datos de la solicitud y la resolución o acto administrativo que se notifica, una copia de ella adjunta, en formato PDF, siendo su responsabilidad mantenerla habilitada, con capacidad suficiente y operativa para recibir las notificaciones electrónicas que se le envíen.
3. Si el sistema arroja que se ha intentado la notificación, sin éxito, por tres veces, consecutivas o no, se procederá a notificar personalmente o por carta certificada todos los actos y resoluciones posteriores, como si nunca hubiese optado por la Notificación Electrónica.
4. Para comprobar que efectivamente se despachó la Notificación Electrónica, será suficiente prueba el reporte técnico emitido por la Comisión Chilena de Energía Nuclear.
5. En caso de que Ud. modifique, por cualquier motivo, su casilla de correo electrónico será su obligación comunicar por escrito ese hecho a este Organismo.
6. Se entenderá que la notificación ha sido practicada el mismo día en que se hubiere verificado la comunicación electrónica, de tal manera que los plazos comenzarán a correr al día hábil siguiente, entendiéndose excluidos los días sábado, domingo y festivos.
7. El destinatario se entenderá debidamente notificado de la resolución o del acto administrativo remitido electrónicamente, si efectúa cualquier gestión que suponga su conocimiento sin haber reclamado previamente la falta de notificación o la ineficacia de esta.
8. Al firmar el Formulario de Solicitud de Autorización, se entiende que Ud. conoce y acepta estos Derechos y Obligaciones Asociados a la Notificación Electrónica

