



Servicio de
Protección
Radiológica

COMUNICACIÓN DE DEFICIENCIAS

PG07: PROCEDIMIENTO COMUNICACIÓN DE DEFICIENCIAS

A rellenar por la Unidad

Fecha de entrada	
Número de registro	

Datos del comunicante	
Nombre y apellidos	
DNI	
Teléfono	
Email	
Usuario de la instalación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Datos de la comunicación	
Fecha	
Instalación	
Descripción de las deficiencias detectadas	

Si desea que la contestación le sea remitida a un lugar concreto, por favor, rellene los datos solicitados a continuación.

Dirección	
Localidad	
Código Postal	

Escrito dirigido a (marque el que corresponda):

<input type="checkbox"/>	Servicio de Protección Radiológica de la UEx
<input type="checkbox"/>	Vicerrectorado de Investigación, Transferencia e Innovación