



**Solicitud de Calibración de Equipos  
para Radioprotección**

**Informe de Calibración**

**Nº RP**

Uso exclusivo del Laboratorio

**Información del Cliente**

**Nombre:**

**RUT:**

**Dirección:**

**Tel.:**

**Correo:**

---

**Información del equipo**

**Nombre/Marca:**

**Fabricante:**

**Modelo:**

**Nº Serie:**

Nota. Se requiere adjuntar copia del manual de operaciones o el envío del mismo al correo electrónico si es la primera vez que se calibra, a [calibraciones@miem.gub.uy](mailto:calibraciones@miem.gub.uy)

---

**Servicio solicitado:** .....

**Solicitante:**

**Firma:**

**Fecha de recepción:**

**Fecha de retiro:**

**Recibido por:**

**Retirado por:**

**Firma:**

**Firma:**

**Observaciones:** .....

.....

.....

**Nota:**

El tiempo aproximado de la calibración y su trámite administrativo se le indicará al recibir el equipo.

**Contacto:** [calibraciones@miem.gub.uy](mailto:calibraciones@miem.gub.uy)