



Unidad de Difracción de Rayos X del ICMM

A cumplimentar por:

La persona usuaria de la Unidad de Difracción de Rayos X (DRX)	La persona responsable del usuario/a de la unidad de Difracción de Rayos X (DRX)
D/D ^a _____	Dr/Dra _____
Titulación _____	Escala _____
DNI/NIE _____	email _____
email _____	Teléfono _____
Teléfono _____	
Con permiso de estancia en el Instituto de Ciencia de Materiales de Madrid, CSIC, por razón de _____	Con destino en el Instituto de Ciencia de Materiales de Madrid, CSIC, _____
DECLARO: Que he recibido formación por parte del personal de la Unidad de DRX y conozco el modo de operación de los difractómetros de la misma y la técnica de DRX, tanto a nivel técnico como experimental. Así mismo soy consciente de los peligros que la técnica entraña para la salud propia y de los demás, como las precauciones necesarias que debo tomar, por lo que solicito se me permita el acceso personal a los difractómetros de rayos X de los laboratorios 023/025.	CERTIFICO: Que la persona usuaria de la Unidad abajo firmante trabaja bajo mi supervisión desde el _____ de _____ de _____, y conoce suficientemente la técnica de DRX, tanto a nivel técnico como experimental, como el modo de operación de los difractómetros de la Unidad. Así mismo, aseguro que es consciente de los peligros que la técnica entraña para la salud propia y de los demás y conoce las precauciones necesarias, por lo que solicita se le permita el acceso personal a los difractómetros de rayos X de los laboratorios 023/025.

Cantoblanco, a _____ de _____ de _____

Firmado Usuario/a

Firmado responsable