



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 _____ |
| Procedente del Departamento/Facultad/ Universidad: _____ | Procedente del Departamento/Facultad/ Universidad: _____ |
| 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. |

Además, los abajo firmantes declaran que conocen que esta autorización de acceso al ICMM es exclusiva al laboratorio 023/025 de la Unidad de DRX y que no se podrá utilizar para ir a otra dependencia del ICMM ni realizar otras tareas. En caso de que la persona usuaria lo necesite, deberá ir a recepción y registrar la nueva autorización de acceso al ICMM.

Cantoblanco, a ____ de _____ de _____

Firmado Usuario/a

Firmado responsable