



Solicitud de análisis: contaminantes químicos ambientales

Departamento de Salud Ocupacional

Laboratorio de Toxicología Ocupacional

SOLICITANTE	
Nombre/razón social del solicitante:	RUT: __.__.____-__
Dirección:	
Comuna:	Provincia: Región: __
Nombre del operador*:	Fecha de la toma de muestra*: __/__/__
Fono del operador*: __-____	e-mail del operador:

ESTABLECIMIENTO O EMPRESA MUESTREADA		
Nombre/razón social de la empresa muestreada*:		
Dirección*:		
Comuna*:	Provincia*:	Región*: __
Nombre del encargado*:		
Fono del encargado*: __-____	Rubro de la empresa*:	

Rótulo de la muestra*	Nombre del trabajador evaluado*	R.U.T. del trabajador evaluado	Fecha de nacimiento* (dd/mm/aa)	Matriz ambiental 1:Aire 2:Material 3:Polvo sedim.	Volumen de muestreo (L) o tiempo de exposición (hr)	Puesto de trabajo o lugar de toma de muestra*	Código(s) del (los) análisis solicitado(s)* (524-XXXX)				

* : campos de llenado obligatorio

NOTA: La muestra debe estar apta para el análisis de acuerdo a la Lista de criterios de aceptación y rechazo de muestras ambientales del Laboratorio de Toxicología Ocupacional.
 Instituto de Salud Pública de Chile - Av. Marathon 1000 - Ñuñoa - Santiago. Teléfono (2)5755201