



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*:	

[illegible]

*campos de llenado obligatorio

NOTA: La muestra debe estar apta para el análisis de acuerdo a la Lista de requisitos de aceptación de muestras ambientales del Laboratorio Toxicología Ocupacional.

Instituto de Salud Pública de Chile – Av. Marathon 1000 – Ñuñoa – Santiago. Teléfono (2)25755586

RG-03-PR-515.00-001 V3 16-11-2015