

## Solicitud de análisis: Agentes químicos ambientales

Departamento de Salud Ocupacional Laboratorio de Toxicología Ocupacional

SOLICITANTE				ESTABLECIMIENTO O EMPRESA MUESTREADA						
Nombre/razón social del solicitante*: RUT:				Nombre/razón social de la empresa muestreada*:						
Dirección:					Dirección*:					
Comuna:	Provincia:		Región:	Comuna*:		Provincia*:	Región*:			
Nombre del operador*:	Fecha de la toma de muestra*://		Nombre del encargado*:							
Fono del operador*:	e-mail del operador*:			Fono del encarga	do*:	Rubro de la empresa*:				
_										
			Matriz							

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 sedimentado	Volumen de muestreo (L) o tiempo de exposición <sup>(1)</sup> (hrs)	Puesto de trabajo o lugar de toma de muestra*	Código(s) del (los) análisis solicitado(s)* (524-XXXX)				
Observaciones:	Observaciones:										

<sup>(1)</sup> Tiempo de exposición para la prestación de óxido de etileno en aire en monitor pasivo 5242246

**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

<sup>\*</sup>campos de llenado obligatorio