

SOLICITUD DE ANÁLISIS

SERVICIO DE INSTRUMENTACIÓN

DATOS SOLICITANTE

Nombre y apellidos:	Fdo.:		
Investigador responsable (sólo para usuarios de la UCLM):			
Departamento/institución/empresa:			
Teléfono:	Extensión:		
Correo electrónico:			
DATOS FACTURACION			
N.º de orgánica (sólo para usuarios de la UCLM):			
Datos fiscales (si son distintos de los que fueron indicados al darse de alta como usuario)			
Entidad:	CIF:		
Dirección:	Localidad:	Provincia:	C.P.:

DATOS ANÁLISIS SOLICITADO (marcar las casillas del análisis que se deseen realizar)

(1) UNIDAD DE ANALISIS DE RIESGOS

<input type="checkbox"/> GRAVIMETRIA	<input type="checkbox"/> Análisis cuantitativo
<input type="checkbox"/> CROMATOGRAFIA GC/FID	<input type="checkbox"/> COVs (hasta 4 compuestos). Identificar compuestos solicitados: <input type="checkbox"/> Screening COVs (50 comp.) <input type="checkbox"/> Monitores pasivos <input type="checkbox"/> Humos de parafinas
<input type="checkbox"/> CROMATOGRAFIA HPLC	<input type="checkbox"/> Aldehidos <input type="checkbox"/> Isocianatos <input type="checkbox"/> Screening PHAs (16 comp.) <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> INFRARROJO	<input type="checkbox"/> Sílice libre cristalina <input type="checkbox"/> Nieblas de Aceite
<input type="checkbox"/> ICP	<input type="checkbox"/> Contenido metálico
<input type="checkbox"/> MICROSCOPIO OPTICO	<input type="checkbox"/> Contaje fibras amianto

(2) UNIDAD MECANICA Y MICROSCOPIA

<input type="checkbox"/> SEM	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENSAYOS TRACCION	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENSAYOS FLEXION	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ENSAYOS COMPRESION	<input type="checkbox"/>

DATOS ANÁLISIS SOLICITADO (marcar las casillas del análisis que se deseen realizar)**(3) UNIDAD DE RADIACTIVIDAD AMBIENTAL**

<input type="checkbox"/> AGUAS DE CONSUMO Y CONTINENTALES	<input type="checkbox"/> Actividad alfa total (α) <input type="checkbox"/> Actividad beta total (β) y beta (β) resto <input type="checkbox"/> Actividad de emisores gamma <input type="checkbox"/> Actividad de isótopos de estroncio (^{89}Sr , ^{90}Sr)
<input type="checkbox"/> SUELOS, SEDIMENTOS, MATERIALES CONSTRUCCION Y CENIZAS	<input type="checkbox"/> Actividad alfa total (α) <input type="checkbox"/> Actividad beta total (β) y beta (β) resto <input type="checkbox"/> Actividad de emisores gamma <input type="checkbox"/> Actividad de isótopos de estroncio (^{89}Sr , ^{90}Sr)
<input type="checkbox"/> BIOTA	<input type="checkbox"/> Actividad alfa total (α) <input type="checkbox"/> Actividad beta total (β) y beta (β) resto <input type="checkbox"/> Actividad de emisores gamma <input type="checkbox"/> Actividad de isótopos de estroncio (^{89}Sr , ^{90}Sr)
<input type="checkbox"/> FILTROS DE CAPTACION ATMOSFERICA	<input type="checkbox"/> Actividad alfa total (α) <input type="checkbox"/> Actividad beta total (β) y beta (β) resto <input type="checkbox"/> Actividad de emisores gamma <input type="checkbox"/> Actividad de isótopos de estroncio (^{89}Sr , ^{90}Sr)

IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS

N.º ITQUIMA	Nombre de la muestra	Observaciones	N.º ITQUIMA	Nombre de la muestra	Observaciones
1			3		
2			4		

REQUISITOS PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS**Requerimientos de las muestras de acuerdo con la técnica instrumental:****Unidad de Análisis de Riesgos**

Soportes de muestreo correctamente identificados y etiquetados.

En el caso de tubos de muestreo para análisis de COVs, los soportes deberán enviarse refrigerados para evitar volatilización y pérdida de los compuestos a cuantificar.

Unidad de Radiactividad ambiental

Solicite presupuesto si necesita que nuestro personal realice el muestreo.

Para análisis de suelos y residuos NORM enviar una cantidad mínima de 5 kg en envase hermético.

Para análisis de aguas se necesita un volumen mínimo de 10 litros.

Para análisis de biota las cantidades mínimas: 5 litros para muestras líquidas y/o 5 kg para muestras sólidas.

OBSERVACIONES, FIRMA Y FECHA DEL SOLICITANTE

FIRMA Y FECHA:

RECEPCION DE MUESTRAS (A llenar por ITQUIMA)**SI NO SE ACEPTE, INDICAR LAS CAUSAS Y ESPECIFICAR CONDICIONES REQUERIDAS PARA SU ACEPTACION**

Aceptación:

Rechazo (motivo):

Fecha y firma responsable: