



agence fédérale de contrôle nucléaire

Département Santé & Environnement  
Service Protection de la Santé

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'UNE EXTENSION D'AUTORISATION  
POUR L'UTILISATION UN CONE BEAM CT A DES FINS  
DE DIAGNOSTIC DENTAIRE  
(ARTICLE 53.3 DE L'A.R. DU 20 JUILLET 2001)**

**1. DONNÉES PERSONNELLES DU DEMANDEUR**

Nom et prénom :

Sexe :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Numéro INAMI :

Numéro de registre national :

Adresse privée :

Tél :

Fax :

E-mail :

*L'AFCN, responsable du traitement, traite vos données à caractère personnel à des fins de gestion interne dans le cadre de votre demande d'autorisation. Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées et dans le cas où celles-ci seraient erronées, du droit de les faire corriger. Vous êtes également en mesure d'obtenir des renseignements concernant la description du traitement en consultant le registre public tenu par la Commission de la protection de la vie privée.*

## 2. FORMATION UNIVERSITAIRE CBCT

Organisation :

Date :

### CHECKLIST ANNEXES

- Copie de votre diplôme, brevet ou attestation de compétence en radioprotection montrant que vous avez suivi une formation complémentaire en radioprotection pour l'utilisation d'un appareil cone beam CT dentaire.

Varia :

.....  
.....

*L' AFCN s'efforce de traiter votre dossier de manière rapide et efficace, c'est pour cela que nous préférons effectuer l'échange de communication en rapport avec votre demande d'autorisation d'utilisation ainsi que l'envoi de votre autorisation par e-mail. Si vous avez mentionné une adresse e-mail sur la première page de ce formulaire, cette adresse sera utilisée. Veuillez cocher la case ci-dessous si vous préférez être contacté par courrier postal.*

- Je veux recevoir la communication de l'AFCN par courrier postal*

Date :

Signature :