



agence fédérale de contrôle nucléaire

Département Santé & Environnement
Service Protection de la Santé

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'UNE AUTORISATION
POUR L'UTILISATION DES RAYONS X 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
2.1. DIPLÔME DE BASE EN SCIENCES DENTAIRES
Université : Année :
2.2. DIPLÔME DE SPECIALISATION (SI APPLICABLE)
Université : Année :
2.3 AUTRES TITRES ACADEMIQUES OU SCIENTIFIQUES
2.4 FORMATION EN RADIOPROTECTION
2.4.1 Pour l'utilisation d'appareils de radiographie dentaires simples
<input type="checkbox"/> La formation est complètement incluse (15 heures) dans la formation de base ci-dessus. <input type="checkbox"/> Formation en radioprotection complémentaire Université: Année:
2.4.2 Pour l'utilisation d'appareils cone beam CT dentaires (en option)
Université : Année :
2.4.3 Formation continue éventuelle ou cours supplémentaire(s)
3. DATE D'ATTRIBUTION DE VOTRE VISA DU DIPLÔME:

4. TYPE D'ÉQUIPEMENT/APPLICATION DENTAIRE QUE VOUS VOULEZ UTILISER

- Imagerie intra-orale
- Imagerie panoramique
- Imagerie céphalométrique
- CONE BEAM CT (CBCT)
- Autres:.....
.....

5. ADRESSES PROFESSIONNELLES OU VOUS UTILISEREZ DES RAYONS X

5.1 CABINET/SERVICE 1 :

Nom (dénomination dans le cas d'une personne juridique, par exemple SPRL, SA, ...) :

Adresse :

Responsable cabinet/service :

5.2 CABINET/SERVICE 2 :

Nom (dénomination dans le cas d'une personne juridique, par exemple SPRL, SA, ...) :

Adresse :

Responsable cabinet/service :

5.3 CABINET/SERVICE 3 :

Nom (dénomination dans le cas d'une personne juridique, par exemple SPRL, SA, ...) :

Adresse :

Responsable cabinet/service :

6. CHECKLIST ANNEXES

- Copie de votre diplôme en tant que dentiste.
- Copie du visa de votre diplôme en tant que dentiste.
- Si ce n'est pas repris dans votre formation de base* : copie de votre diplôme, brevet ou attestation de compétence en radioprotection montrant que vous avez suivi une formation et que vous avez subi avec succès un contrôle de connaissances (au minimum 15h)
- Si applicable* : 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.
- Preuves des autres formations ayant attrait à la radioprotection.

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 :