



agence fédérale de contrôle nucléaire

Département Santé & Environnement
Service Protection de la Santé

**FORMULAIRE DE DEMANDE POUR LA CONSERVATION
D'UNE AUTORISATION POUR L'UTILISATION
DES RAYONS X A DES FINS DE DIAGNOSTIC DENTAIRE
(ARTICLE 53.1 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 CONTINUE EN RADIOPROTECTION (A.R. ARTICLE 53.1)
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :
Date : Organisateur : Sujet :

3. TYPE D' EQUIPEMENT/APPLICATION RADIOLOGIQUE QUE VOUS UTILISEZ

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

4. ADRESSES PROFESSIONNELLES OÙ VOUS UTILISEZ DES RAYONS X

4.1 CABINET/SERVICE 1 :

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

Adresse :

Responsable cabinet/service :

4.2 CABINET/SERVICE 2 :

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

Adresse :

Responsable cabinet/service :

4.3 CABINET/SERVICE 3 :

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

Adresse :

Responsable cabinet/service :

5. CHECKLIST ANNEXES

Preuves des formations continue 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 :