



agence fédérale de contrôle nucléaire

Département Santé & Environnement
Service Protection de la Santé

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR :
CESSATION D'AUTORISATION POUR L'UTILISATION
DES RAYONS X À DES FINS DE DIAGNOSTIC DENTAIRE
(ARTICLE 53.3 DE L'A.R. DU 20 JUILLET 2001)

1. DONNÉES PERSONNELLES DU DENTISTE

Nom et prénom :

Sexe :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Numéro INAMI :

Numéro de registre national :

Adresse privée :

Tél :

Fax :

E-mail :

2. CESSATION D'AUTORISATION

Je, soussigné, déclare par la présente ne plus être utilisateur sur le territoire belge d'appareils émettant des rayons X, en raison de :

- Retraite
- Déménagement à l'étranger
- Cessation de toute activité utilisant des rayons X
- Autres :

Je déclare sur l'honneur que ces informations sont correctes.

Date :

Signature :

3. DÉCÈS

Je, soussigné,

NOM :

PRENOM :

RELATION AVEC LE DENTISTE MENTIONNE AU POINT 1 :

.....

déclare par la présente que le dentiste mentionné ci-dessus est décédé le/...../.....

Je déclare sur l'honneur que ces informations sont correctes.

Date :

Signature :