

Département Santé & Environnement

Service Protection de la Santé

**Formulaire d’enregistrement Comme utilisateur
deS RAYONS X
à DES FINS D’imagerie Dento-maxillo-faciale**

 **(articles 72-75 de l’Arrêté Expositions Médicales)**

1. **données personnelles du Demandeur**

Nom et prénom :

Sexe :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Numéro INAMI :

Numéro de registre national :

Adresse privée :

Tél :

E-mail :

*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, 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*

|  |
| --- |
| 1. **FORMATION UNIVERSITAIRE**
 |
| **2.1. DIPLÔME DE BASE EN SCIENCES DENTAIRES**Université :Année :Date du visa du diplôme : |
| **2.2 FORMATION EN RADIOPROTECTION** ***\*ajoutez les preuves en annexe*** |
| ***2.2.1 Pour l’utilisation d’imagerie dento-maxillo-faciale simple*** |
| * Ma formation est complètement incluse (15 heures) dans la formation de base ci- dessus.
* J’ai suivi une formation complémentaire en radioprotection complémentaireUniversité:Année:
 |
| ***2.2.2 Pour l’utilisation d’imagerie dento-maxillo-faciale avec un cone beam CT (en option)*** |
| Université :Année : |
| **3. TYPE D’equipement/APPLICATION radiologique QUE VOUS VOULEZ UTILISER*** Imagerie dento-maxillo-faciale simple (intra-oral, panoramique, céphalométrique)
* Imagerie dento-maxillo-faciale avec un cone beam CT
* Autre : ………………………………………………………………………………………………………………………
 |

|  |
| --- |
| 1. **VOTRE ENREGISTREMENT**
 |
| Par la présente, je veux m’enregistrer comme utilisateur des rayons X à des fins* d‘imagerie dento-maxillo-faciale simple (intra-orale, panoramique, céphalométrique)
* d‘imagerie dento-maxillo-faciale simple (intra-orale, panoramique, céphalométrique) et d’imagerie dento-maxillo-faciale avec un cone beam CT
 |
| **Je commence mes activités comme utilisateur des rayons x à des fins d’imagerie dento-maxillo-faciale à la date du** : …… / …… / ………… |
| Date :Signature : |