




DEMANDE D'UN DOSIMÈTRE D'EXTRÉMITÉ (BAGUE)

 La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](http://www.adobe.com).

1. Saisie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Coordonnées de l'employeur

Nom de l'établissement* :

N° d'identification nationale* : | | |

Service* :

Adresse* :

Localité* : Code postal* :

Travailleur surveillé

Nom* :

Nom de jeune fille :

Prénom(s)* :

Profession* :

N° d'identification national* : | | |

Raison pour la demande de dosimètre d'extrémité *(veuillez cocher la case correspondante)*

personne exposée professionnellement aux rayonnements ionisants *(veuillez préciser la nature du travail)* :

perte du dosimètre numéro :

autre *(veuillez préciser)* :

2. Signature

La signature ci-après certifie la conformité des données fournies

Gestionnaire des dosimètres

Nom et prénom(s)* :

Fait à* :

Le* :

Signature* :

Personne chargée de la radioprotection

Nom et prénom(s)* :

Fait à* :

Le* :

Signature* :