



agence fédérale de contrôle nucléaire

Santé et Environnement
Protection de la santé

Demande d'autorisation pour l'utilisation de rayons X à des fins de diagnostic dentaire

Conformément à la réglementation relative à d'autorisation pour utiliser les rayons X à des fins de diagnostic dentaire, vous trouverez ci-dessous la procédure prévue par les dispositions reprises aux articles 50 et 53 de l'Arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants.

En vue d'ouvrir votre dossier, nous vous demandons de nous faire parvenir, *sous pli recommandé* à l'adresse ci-dessous, les documents suivants:

- ◇ une copie de votre diplôme légal de licencié en science dentaire, ou de votre certificat de capacité de dentiste
- ◇ le formulaire ci-joint dûment complété et signé

« 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. »

Correspondance: rue Ravenstein 36, BE-1000 Bruxelles

Tél.: +32 (0)2 289 21 11

Fax: +32 (0)2 289 21 12

Des informations concernant ce sujet peuvent être obtenues auprès de:

Maryse Wathelet – maryse.wathelet@fanc.fgov.be

Tél.: +32 (0)2 289 21 94

Ingrid De Batselier – ingrid.debatselier@fanc.fgov.be

Tél.: +32(0)2 289 21 96

**FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR
D'UNE AUTORISATION POUR UTILISER DES RAYONS X A DES FINS
DE DIAGNOSTIC DENTAIRE
SELON L'ARRETE ROYAL DU 20/07/2001**

Nom et prénom :

Sexe:

Lieu et date de naissance :

Nationalité:

Numéro INAMI :

Numéro de registre national :

Domicile (avec mention du numéro de téléphone et du numéro de fax facultatif):

Adresse professionnelle (avec mention du nom, numéro de téléphone, et facultativement du numéro de fax & de l'adresse e-mail) :

Diplômes universitaires (avec mention de l'année et de l'université) :

« 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. »

Autres titres académiques ou scientifiques (avec mention de l'année et de l'université) :

Spécialité éventuelle (avec mention de l'année et de l'université) :

Formation suivie en radioprotection (précision des cours / de la formation) :

Fait le

A

Signature,

« 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. »