

**Département Santé & Environnement**

**Service Protection de la Santé**

**FORMULAIRE DE DEMANDE pour prolongation   
d’une autorisation POUR L’utilisATION   
deS RAYONS X à DES FINS D’imagerie MéDICALE**

**(article 65, 66, 67 of 71 de l’Arrêté Expositions Médicales)**

1. **données personnelles du Demandeur**

Nom et prénom :

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 CONTINUE EN RADIOPROTECTION   
   *\*ajoutez les preuves en annexe***

Date :  
Organisateur :  
Titre :

Date :  
Organisateur :  
Titre :

Date :  
Organisateur :  
Titre :

Date :  
Organisateur :  
Titre :

Date :  
Organisateur :  
Titre :

Date :  
Organisateur :  
Titre :

Date :  
Organisateur :  
Titre :

Date :  
Organisateur :  
Titre :

1. **TYPE D’ equipement/APPLICATION RADIOLOGIQUE QUE VOUS UTILISEz**

* Radiologie conventionnelle
* CT et/ou cone beam CT (CBCT)
* Radiologie interventionnelle (tous les types de procédures interventionnelles inclus)
* Densitométrie osseuse (DEXA)
* Radiologie dento-maxillo-faciale
* Autres:………………………………………………………………………………………………………………………

1. **VOTRE DEMANDE**

Je demande par la présente la prolongation de mon autorisation d’utilisation des rayons X à des fins  
O d’imagerie médicale (médecin spécialiste)  
O d’imagerie médicale limitée aux radiographies planaires des extrémités (médecin généraliste)  
O d’imagerie médicale limitée aux radiographies planaires du thorax (médecin du travail)  
O d’imagerie médicale limitée à la densitométrie osseuse (médecin spécialiste)

Remarques :  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date :  
  
Signature :