

**Département Santé & Environnement**

**Service Protection de la Santé**

 **DÉCLARATION SUR L’HONNEUR :
 CESSATION d’autorisation POUR L’utilisATION
deS RAYONS X À DES FINS D’imagerie Dento-maxillo-faciale**

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

1. **donn****ées 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 :

1. **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 :

1. **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 :