

**Département Santé & Environnement**

**Service Protection de la Santé**

 **FORMULAIRE DE Démonstration de formation continue Dans le cadre du maintien
d’une autorisation POUR L’utilisATION
deS RAYONS X à DES FINS D’imagerie Dento-maxillo-faciale**

**(article 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.*

1. **Formation CONTINUE EN RADIOPROTECTION *\*ajoutez les preuves en annexe***

Date :
Organisateur :
Sujet :

Date :
Organisateur :
Sujet :

Date :
Organisateur :
Sujet :

Date :
Organisateur :
Sujet :

Date :
Organisateur :
Sujet :

Date :
Organisateur :
Sujet :

Date :
Organisateur :
Sujet :

Date :
Organisateur :
Sujet :

1. **TYPE D’ equipement/APPLICATION RADIOLOGIQUE QUE VOUS UTILISEz**
* Imagerie intra-orale
* Imagerie panoramique
* Imagerie céphalométrique
* Cone beam CT (CBCT)
* Autres:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date :

Signature :