

## DEMANDE D'OBTENTION DE DOSIMÈTRE

<b>Nom du demandeur:</b>	_____
	<i>Nom</i> <span style="margin-left: 150px;"><i>Prénom</i></span>
<b>Faculté de médecine:</b>	<i>Départ/Service:</i> _____ <i>tel :</i> _____ <i>Local manipulation :</i> _____ <i>No employé :</i> _____ <i>Adresse courriel :</i> _____ <i>Titulaire du permis interne:</i> _____
<b>Date de naissance</b>	<i>Année:</i> _____ <i>Mois:</i> _____ <i>Jour:</i> _____
<b>Lieu de naissance:</b>	<i>Province :</i> _____ <i>Pays :</i> _____
<b>Numéro d'assurance sociale:</b>	_____
<b>Fonction</b> (Titre de l'emploi)	_____
<b>Sexe:</b> <input type="checkbox"/> <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/> <i>Féminin</i>	<b>Type d'appareil :</b> <input type="checkbox"/> <i>Dosimètre standard</i> <input type="checkbox"/> <i>Bague blanche (petite)</i> <input type="checkbox"/> <i>Bague verte (grande)</i>
<b>Raison de la demande :</b>	
(Indiquer quel radioisotope sera manipulé ou utilisation de la Gammacell ou Rayons-X)	
<b>Date:</b> _____ <b>Signature :</b> _____	
<b>S.V.P. FAIRE PARVENIR À MARIE-HÉLÈNE FECTEAU AU Z5-3003 (ou à Marie-Helene.Fecteau @Usherbrooke.ca) TEL:75524 OU À DIEGO SPERTINI, SERVICE DES IMMEUBLES TEL:62744</b>	
<i>Section réservée à la radioprotection</i>	
Date de mise en circulation: _____	Complet: <input type="checkbox"/>
Numéro du dosimètre: _____	
Signature: _____	