

DEMANDE D'OBTENTION DE DOSIMÈTRE

| | |
|--|--|
| Nom du demandeur: | _____ |
| | <i>Nom</i> _____ <i>Prénom</i> _____ |
| Faculté _____ : | <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> _____ |
| Date de naissance | <i>Année:</i> _____ <i>Mois:</i> _____ <i>Jour:</i> _____ |
| Lieu de naissance: | <i>Province :</i> _____ <i>Pays :</i> _____ |
| Numéro d'assurance sociale: | _____ |
| Fonction (Titre de l'emploi) | _____ |
| Sexe: <input type="checkbox"/> <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/> <i>Féminin</i> | Type d'appareil : <input type="checkbox"/> <i>Dosimètre standard</i> <input type="checkbox"/> <i>Bague blanche (petite)</i> <input type="checkbox"/> <i>Bague verte (grande)</i> |
| Raison de la demande : (Indiquer quel radioisotope sera manipulé ou utilisation de la Gammacell ou Rayons-X) | |
| Date: _____ Signature : _____ | |
| S.V.P. FAIRE PARVENIR À MARIE-HÉLÈNE FECTEAU au Z5-3003; TEL:75524 (Marie-Helene.Fecteau@usherbrooke.ca) OU À DIEGO SPERTINI au B4-112, TEL:62744 (Diego.Spertini@Usherbrooke.ca) | |
| <i>Section réservée à la radioprotection</i> | |
| Date de mise en circulation: _____ | Complet: <input type="checkbox"/> |
| Numéro du dosimètre: _____ | |
| Signature: _____ | |