

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)	_____
Genre: <input type="checkbox"/> <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/> <i>Féminin</i> <input type="checkbox"/> X	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 Z5-3005; 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: _____	