



Date.....

Je soussigné Monsieur porteur de la
CIN n°.....appartenant au service/laboratoire deque j'ai perdu
mon dosimètre numéro.....de la période.....

Cette perte est du à.....

.....

.....

.....

-Période de travail sans dosimètre :

Visa du Chef Hiérarchique

Visa de l'agent