

Date :

Détenteur autorisé

Nom : ..... Prénom : .....

Direction : ..... Service/Laboratoire : .....

Fonction : ..... Tél : .....

Personne compétente en radioprotection

Nom : ..... Prénom : .....

Fonctions dans l'établissement :

.....

Tél.: ..... Fax : .....

Source concernée

Isotope : ..... Période : .....

Rayonnement émis (nature et énergie): .....

Activité : .....

☐ Source sous forme scellé

☐ Source sous forme non scellée

N° de la source : ..... Année de fabrication de la source : .....

Nom du fabricant : .....

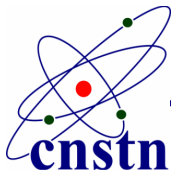
Si la source scellée est insérée dans un appareil, préciser :

Marque de l'appareil : ..... Type : .....

Utilisation de l'appareil :

.....

.....



Utilisation de la source

.....  
.....  
.....

Aspect (donner une description et joindre photo et/ou croquis à l'échelle de la source et, s'il y a lieu, de l'appareillage ou du conteneur qui la renferme) :

.....  
.....  
.....

Circonstance et date de la perte ou du vol

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nom et signature du déclarant