

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No de personne:** | **No de service:** | **No de sous-groupe:** |
| **521** |

Mutation transmise à DOSILAB : Mutation enregistrée :

Date :

CENTRE de GROUPAGE : DOSIMETRIE - CMU

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION POUR LES PPERI**

Avec dosimètre Sans dosimètre

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM / Prénom :** |  | **/** |  | | |
| **Nom de naissance :** |  |  | **Sexe** | **: M** | **ou F** |

Nationalité : Date de naiss.:

**No AVS :**

(à 11 chiffres)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chez :**  **Rue :**  **No postal, localité : Téléphone privé :** |  |  |
| **FACULTE :**  **Département :**  **Service :**  **Adresse prof. :**  **Téléphone prof. :**  **Fonction :** |  | **OFFICE PAYEUR :** |

Nom du détenteur de l'autorisation : No d'autorisation :

Visite médicale d'entrée : oui ou non date de la visite :

Durée de l'engagement :

Exposition principale : Corps entier Mains Yeux

Sources utilisées : Sources ouvertes ou fermées :

Avez-vous un carnet de contrôle personnel : oui ou non

Date et signatures du requérant :

du porteur d'autorisation :

INSCRIPTION DOSILAB PPERI.doc