



Formulaire de rapport annuel de conformité

Activité autorisée:

Exploiter un accélérateur portatif (103)





--	--

Informations relatives à l'organisation du titulaire de permis

Nom du titulaire de permis			
N° de la société du titulaire de permis (le cas échéant)		<p align="center">Période du rapport</p> <p align="center">Ce rapport annuel de conformité couvre la période de 12 mois suivante :</p> <p align="center">À partir du <input style="width: 100px;" type="text"/> au <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	
N° d'entreprise du titulaire de permis (le cas échéant)			
Adresse du siège social			
Adresse municipale			
Ville	Province/État	N° de Permis	
Pays	Code postal		
<input style="width: 150px;" type="text"/>			
Personne ressource du titulaire de permis (personne ayant le pouvoir d'agir au nom du titulaire de permis avec la CCSN)			
Nom :		Titre :	
Adresse postale <input type="checkbox"/> Cocher ici si l'adresse postale est la même que celle du « Siège social » ci-dessus			
Adresse municipale			
Ville	Province/État	Pays	Code postal / ZIP
N° de téléphone	Autre N° de téléphone	Télécopieur	
Courriel			



Responsable de la radioprotection (RRP)

Cocher ici si le RRP est le même que la « Personne ressource du titulaire de permis » à la page précédente

Nom : _____ Titre : _____

Adresse postale
 Cocher ici si l'adresse est la même que celle de la « Personne-ressource du titulaire de permis » à la page précédente

Adresse municipale

Ville _____ Province/État _____ Pays _____ Code postal / ZIP _____

N° de téléphone _____ Autre N° de téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____

Responsable de la radioprotection suppléant (le cas échéant)

Cocher ici s'il n'y a pas de RRP suppléant

Nom : _____ Titre : _____

Adresse postale
 Cocher ici si l'adresse est la même que celle du « Responsable de la radioprotection »

Adresse municipale

Ville _____ Province/État _____ Pays _____ Code postal / ZIP _____

N° de téléphone _____ Autre N° de téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____



Personne ressource pour les questions financières (le cas échéant)

Nom :		Titre :	
Adresse postale <input type="checkbox"/> Cocher ici si l'adresse est la même que celle du « Responsable de la radioprotection »			
Adresse municipale			
Ville	Province/État	Pays	Code postal / ZIP
N° de téléphone	Autre N° de téléphone	Télécopieur	
Courriel			

Signataire autorisé

<input type="checkbox"/> Cocher ici s'il s'agit de la même personne que le « Responsable de la radioprotection »			
Nom :		Titre :	
Adresse postale <input type="checkbox"/> Cocher ici si l'adresse est la même que celle du « Responsable de la radioprotection »			
Adresse municipale			
Ville	Province/État	Pays	Code postal / ZIP
N° de téléphone	Autre N° de téléphone	Télécopieur	
Courriel			



Responsable de la demande

Cocher ici s'il s'agit de la même personne que le « Responsable de la radioprotection »

Nom :

Titre :

Adresse postale

Cocher ici si l'adresse est la même que celle du « Responsable de la radioprotection »

Adresse municipale

Ville

Province/État

Pays

Code postal / ZIP

N° de téléphone

Autre N° de téléphone

Télécopieur

Courriel



Inventaire : Sources scellées/non scellées

Énumérez les sources scellées/non scellées autorisées par la CCSN que vous possédez dans le tableau ci-dessous. Inscrivez une source par ligne.

Cochez cette case si vous n'avez actuellement aucune source scellée/non scellée en inventaire.

REMARQUE : Les renseignements demandés dans cette page peuvent être soumis à la CCSN par courriel sur une feuille séparée jointe au RAC. Veuillez-vous assurer d'utiliser dans votre feuille les mêmes titres que ceux indiqués dans le tableau ci-dessous et d'y inscrire toute l'information requise, ou vous référez www.suretenucleaire.gc.ca/rac pour les gabarits.

Source(s) scellée(s) ou non scellée(s)						
Fabricant (scellée seulement)	Modèle (scellée seulement)	Numéro de série (scellée seulement)	Substance nucléaire	Activité actuelle †	Unités	Scellée/Non-scellée

Commentaires :

† Si l'activité actuelle est inconnue, mais que l'activité à une date passée est connue, veuillez utiliser le calculateur de désintégration à l'adresse <http://www.radprocalculator.com/Decay.aspx> (anglais) pour déterminer l'activité actuelle.





Contrôle des doses : Corps entier

Veillez fournir un résumé des doses de rayonnement efficaces annuelles au corps entier reçues par les travailleurs du secteur nucléaire (TSN) et les non-TSN au cours de l'année se terminant le 31 décembre. Veuillez fournir des renseignements détaillés, tel que présenté ci-dessous.

REMARQUE : N'envoyez pas des renseignements personnels, comme le numéro d'assurance-sociale, etc. à la CCSN.

	Nombre de travailleurs dans chaque catégorie de dose efficace (mSv)							Fournisseur des services de dosimétrie ††	Dose maximale individuelle (mSv)
	SLD †	> SLD † et ≤ 0,5	> 0,5 et ≤ 1	> 1 et ≤ 5	> 5 et ≤ 20	> 20 et ≤ 50	> 50		
Nombre de TSN									
Nombre de non-TSN									

† SLD = Sous les limites détectables pour le dosimètre utilisé.
 †† Inscrire le nom du fournisseur de services de dosimétrie. Si aucun fournisseur n'a été utilisé, veuillez inscrire « ÉVALUATION » et expliquer brièvement dans la case « Commentaires » la façon dont la dose a été évaluée.

Commentaires :



Déclaration du représentant du titulaire de permis

Je, (inscrire le nom)

reconnais avoir le pouvoir d'agir au nom du titulaire de permis, conformément à l'article 15 du Règlement général sur la sûreté et la réglementation nucléaires, et j'atteste que toutes les déclarations et représentations faites dans ce rapport annuel de conformité ainsi que dans toute page jointe en annexe du rapport sont véridiques et exactes, au meilleur de mes connaissances.

Titre :

Date :

La soumission d'un rapport falsifié constitue une infraction aux termes de la Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires.
Pour obtenir plus d'information ou poser des questions sur le contenu et/ou le dépôt d'un rapport annuel de conformité, veuillez consulter la Direction de la réglementation des substances nucléaires de la CCSN, au 1-888-229-2672.

