

Intervention En Milieu Radioactif

Demande d'autorisation de test d'un équipement non radioactive dans une zone contrôlée.

Cette demande d'autorisation doit être remplie dans le cadre de la réalisation d'un travail sur des équipements classés comme non radioactifs dans un local/atelier classé comme zone contrôlée (accélérateurs non inclus).

Demandeur :

Dép./Groupe/Section :

Date :

Description des travaux :

Équipement :

Zone à utiliser :

Durée de l'intervention :

Justification :

| | Nom | Date | Approuvé | Signature | Commentaires |
|------------------------------------|-----|------|--|-----------|--------------|
| Chef de section | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |
| Chef de groupe | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |
| Chef du département | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |
| Chef de groupe DGS/RP | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |
| Technicien en charge DGS/RP | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | |

Début de l'intervention :

Fin de l'intervention :