



Carnet de travail d'un opérateur d'appareil d'exposition accrédité

Afin de maintenir les connaissances et les compétences requises pour faire fonctionner en toute sécurité un appareil d'exposition, chaque opérateur d'appareil d'exposition (OAE) accrédité doit travailler de façon continue à titre d'OAE accrédité. Il incombe à chaque OAE accrédité de remplir un carnet de son expérience de travail liée au fonctionnement d'un appareil d'exposition et de soumettre son carnet à la Commission canadienne de sûreté nucléaire (CCSN) sur demande.

Partie 1 – Renseignements sur l'OAE			
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle}	Prénom	Second(s) prénom(s)	Nom
			Numéro RNCAN
Partie 2 – Carnet de travail continu			
La liste suivante fournit les catégories acceptables de travail continu d'un OAE.			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Travail à titre d'OAE accrédité 2. Formation d'OAE accrédités 3. Supervision d'OAE accrédités 4. Travail à titre de responsable de la radioprotection (RRP) pour des OAE accrédités 5. Inspection des activités d'OAE accrédités 6. Entretien et mise à l'essai des appareils d'exposition 7. Gestion d'un programme de gammagraphie 8. Travail à titre d'intervenant d'urgence lors d'activités de gammagraphie 9. Autre (veuillez préciser) : _____ 			
Consignez votre expérience de travail lié à l'OAE dans le tableau ci-dessous en indiquant les catégories de travail continu définies ci-dessus. (Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une autre feuille.)			
1	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
2	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
3	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource



Partie 2 – Carnet de travail continu – suite

4	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
5	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
6	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
7	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
8	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource
9	Catégorie de travail continu (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		
	Date de début du travail (AAAA-MM)	Date de fin du travail (AAAA-MM)	Nombre total approximatif d'heures
	Nom de l'employeur	Endroit (ville et province)	Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource

Partie 3 – Attestation

Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire ou tout document en pièce jointe sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Nom de l'OAE _____

Signature de l'OAE _____ Date _____

Toute déclaration fautive ou trompeuse constitue une infraction. AAAAA-MM-JJ