**Merci de vérifier ou compléter les informations ci-dessous :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom (s) : |  |
| Né le : |  |
| Adresse : |  |
| Code Postal : |  |
| Ville : |  |
| Tél fixe professionnel : |  |
| Tél portable professionnel : |  |
| Email professionnel : |  |

**Merci de nous transmettre :**

Une photo d’identité, une copie lisible de votre carte nationale d’identité

Copie de votre attestation transitoire ou attestation conforme à l’arrêté du 18 décembre 2019,

Un rapport d’activité sur le modèle joint ou tout autre format

Vos données personnelles font l’objet d’un traitement, par DIAPHANE Sarl destiné à assurer la gestion administrative de notre relation pendant votre formation, transmettre des documents et, sauf pour répondre à des obligations légales, ne feront l’objet d’aucune communication externe sans votre autorisation. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et tout texte en vigueur à venir, vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification, de suppression et d’opposition pour motifs légitimes, que vous pouvez exercer en vous adressant à DIAPHANE Sarl sur [diaphanesarl@orange.fr](mailto:diaphanesarl@orange.fr) . Vos données seront conservées pendant une durée indéterminée.

Descriptif d’activité

L’arrêté du 18/12/2019 relatif aux modalités de formation de la PCR et de certification des organismes de formation et des organismes compétents en radioprotection prévoit dans son article 23 que :

L’organisme de formation certifié peut délivrer le certificat transitoire une PCR, titulaire d’un certificat en cours de validité délivré entre le 1er juillet 2016 et le 31 décembre 2019 sous réserve de la transmission :

I. Du certificat PCR en cours de validité ; d’une photographie d’identité selon les normes service.public.fr en format numérique (jpeg, word, pdf, …

II. Des justificatifs d’une activité comme PCR (descriptif d’activité).

**1- Présentation du candidat :**

* Nom :
* Prénoms :
* Date de naissance :
* Niveau : 1
* Secteur: Rayonnement d’origine artificiel
* Date de formation initiale ou du dernier renouvellement PCR niveau 1 :
* Le cas échéant, date de désignation en tant que conseiller en radioprotection par l'employeur et/ou le responsable de l'activité nucléaire :

**2- Présentation de l’établissement et des sources de rayonnements détenues et utilisées :**

* Société : Siret :
* Fonctions dans la société :
* Adresse :
* Téléphone :
* Courriel :

*(Dans le cas d’établissement ne détenant pas de sources de rayonnements mais dont le personnel est exposé du fait d’activités conduites dans d’autres entreprises (maintenance, dépannage, sous-traitance...), décrire ces activités et les conditions d’exposition des travailleurs.)*

**Description succincte des activités de l’établissement :**

* Domaine d’activité de l’établissement : Industrie hors Inb
* Nombre de travailleurs utilisant les sources de rayonnements : 1 ; 2 ; 3 ; …etc
* Nombre de travailleurs non exposés :
* Nombre de travailleurs exposés mais non classés : 1 ; 2 ; 3 ; …etc
* Nombre de travailleurs classés en B : classés en A :

**Description succincte des différentes sources de rayonnements ionisants présentes dans l'établissement et/ou utilisées à l'intérieur ou à l'extérieur de celui-ci et des activités faisant appel à ces sources.**

**Sources radioactives :** Préciser le nombre et pour chacune : le Radionucléide, l’activité nominale (MBq), l’utilisation et la référence de l’appareil contenant la source

**Inventaire des sources**

|  |  |
| --- | --- |
| **3- Présentation des actions réalisées par la personne compétente en radioprotection dans le cadre de ses missions ou en tant qu'appui à l'employeur et/ou au responsable de l'activité nucléaire, notamment pour ce qui concerne :**  Réalisation d’une évaluation des risques et si oui, préciser les critères retenus : Oui/Non  Documentaire : Oui/Non Dosimétrie : Non Mesurages : Oui/Non |  |
| Définition et délimitation des zones délimitées (surveillée, contrôlée) : | Oui/Non |
| Réalisation de l’évaluation individuelle de l’exposition (si intervention en zone délimitée) : | Oui/Non |
| Définition des contraintes de dose des travailleurs (zone contrôlée, zone d’opération ou d’extrémité) : | Oui/Non |
| Définition, mise en place et suivi de la dosimétrie (nature du suivi et moyens retenus) :  Dosimétrie individuelle à lecture différée :  Dosimétrie bague :  Dosimétrie cristallin :  Dosimétrie active : Dosimétrie à lecture différée Radon :  Dosimétrie d’ambiance : | Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non |
| Mise en place d’équipements de protection individuelle  Si oui : préciser la nature : | Oui/Non |

|  |  |
| --- | --- |
| Établissement et réalisation des programmes de vérifications de radioprotection Vérification périodique annuelle  Si oui : préciser de quelle façon, cela est réalisé : | Oui/Non |
| Mise en œuvre de mesures particulières dans le cas d’intervention d’une entreprise extérieure (plan de prévention). | Oui/Non |
| Mesures de gestion des éventuelles situations radiologiques dégradées rencontrées :  Y a-t-il eu déclaration d’événements significatifs de radio protection ?  Y a-t-il eu déclaration d’événements significatifs de transport ? | Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non |
| Échanges menés avec les interlocuteurs institutionnels de la PCR en interne et en externe :  ASN : Récépissé de déclaration, autorisation :  IRSN : Inventaire, date : Au dernier changement de source  IRSN : SISERI  Vérification initiale radioprotection par organisme accrédité, date :  Vérification périodique par la PCR ou sous sa supervision, date :  CSE : Rapport annuel, date :  Médecin du travail :  Nom : | Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non  Oui/Non |
| Participation des réseaux de PCR ou des congrès ou colloques professionnels traitant de radioprotection | Oui/Non |
| Le cas échéant, mesures de radioprotection associées à la gestion des déchets et effluents contaminés par des substances radioactives | Oui/Non sans objet |

**4 - Actions de formation et information**

Avez-vous mené des actions de formation et/ou information vis-à-vis

des travailleurs ? Oui/Non sans objet

Informations :

Nombre de personnes concernées (par an) : Indiquer le nombre d’opérateur

Informations : Nature :

Forme : Analyse de poste, fiche d’exposition,... consignes générales de sécurité.

Formations :

Nombre de formations réalisées : Si présence d’un opérateur

Objectifs :

🞏 Sensibilisation du salarié à l'utilisation d'une source scellée

🞏 Sans objet puisqu’il n’y a pas d’opérateur excepté la P.C.R.