



Commission canadienne
de sûreté nucléaire

Canadian Nuclear
Safety Commission

Formulaire de rapport annuel de conformité

Activité autorisée :

exploiter une installation d'accélérateurs de particules
de recherche ou industriel (519)

Septembre 2006

Canada

FORMULAIRE DE RAPPORT ANNUEL DE CONFORMITÉ**Activité autorisée : exploiter une installation d'accélérateurs de particules
de recherche ou industriel (519)**

1. Numéro de permis de la CCSN : _____
2. Ce rapport couvre la période se terminant le : _____ (aaaa/mm/jj)
3. Renseignements sur le titulaire de permis
Nom du titulaire de permis : _____
Adresse du siège social : _____
Ville : _____ Province/État : _____
Pays : _____ Code postal/ZIP : _____
4. Responsable de la radioprotection/Personne-ressource
Nom : _____
Adresse postale (*si différente*) : _____
Ville : _____ Province/État : _____
Pays : _____ Code postal/ZIP : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____
5. Personne-ressource suppléante (*s'il y a lieu*)
Nom : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____
6. Personne-ressource pour les finances (*s'il y a lieu*)
Nom : _____
Titre du poste : _____
Adresse postale _____
(*si elle diffère de celle qui précède*) Ville : _____ Province/État : _____
Pays : _____ Code postal/ZIP : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Courriel : _____

Si l'espace est insuffisant, veuillez attachez des pages additionnelles suivant le même format.

7. Programme de radioprotection

Indiquer les changements apportés au programme de radioprotection, y compris les politiques et procédures, sur une feuille séparée.

8. Incidents et événement inhabituels

Énumérer tous les incidents et événements inhabituels qui n'ont pas été signalés antérieurement à la CCSN au cours de la période de rapport.

Date de l'événement	Type d'événement	Substance nucléaire (s'il y a lieu)	Appareil à rayonnement ou équipement réglementé (s'il y a lieu)

9. Indiquer la dose efficace annuelle au corps entier reçue par les TSN et les autres travailleurs durant la période de ce rapport. Fournir les renseignements suivants :

	Nombre de travailleurs dans chaque catégorie de dose efficace (mSv)					Fournisseur de services de dosimétrie ¹	Dose individuelle maximale (mSv)
	<0.50	0.50 à 1.00	1.01 à 5.00	5.01 à 20.00	>20.00		
Nombre de TSN							
Nombre de travailleurs autres que les TSN							

¹Indiquer le nom du fournisseur de services de dosimétrie. Si on n'a pas recours à un fournisseur de services de dosimétrie, expliquer brièvement comment les estimations de doses sont dérivées.

10. Charge de travail

Indiquer la charge de travail annuelle de l'équipement réglementé pour les différents modes de fonctionnement durant la période de ce rapport dans le tableau ci-dessous. Si la charge de travail dépasse la charge de travail annuelle approuvée pour l'équipement réglementé, veuillez démontrer que les expositions au rayonnement des travailleurs et des autres personnes sont demeurées à l'intérieur des objectifs de conception.

Équipement de catégorie II, salle et numéro de série				
Faisceau	Gamme d'énergie (eV)	Plage de courant (A)	Expérience*	Nombre d'heures

*Expérience – PIXE, PIGE, RBS, implantation d'ions, autre (préciser)_____

11. Déclaration du responsable de la radioprotection/personne ressource :

Je, _____ (veuillez inscrire votre nom), ayant 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*, certifie que toutes les déclarations et que toutes les représentations faites dans le présent rapport annuel sur la conformité ainsi que dans toutes les pages supplémentaires annexées au rapport sont véridiques et exactes, au meilleur de mes connaissances.

Titre : _____

Date : _____

Faire sciemment un faux rapport constitue une infraction aux termes de la *Loi sur la sûreté et la réglementation nucléaires*.