

**D-16**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AUTORISATION**

**D’EXPORTATION DE SOURCES DE RAYONNEMENTS IONISANTS**

**A DES FINS NON MEDICALES**

* *Loi n° 142-12 du 22 Août 2014 relative à la Sûreté et à la Sécurité Nucléaires et Radiologiques et à la création de l'Agence Marocaine de Sûreté et de Sécurité Nucléaires et Radiologiques ‘AMSSNuR’ ;*
* *Décret n° 2-20-131 du 25 février 2021 relatif aux autorisations et aux déclarations des activités, installations, et sources de rayonnements ionisants y associées relevant de la Catégorie II ;*
* *Décret n° 2-97-30 du 28 Octobre 1997 relatif à la protection contre les rayonnements ionisants ;*
* *Arrêté du Chef du Gouvernement n°3.12.21 du 14 juin 2021 fixant les niveaux d’exemption des activités, Installations et sources de rayonnements ionisants y associées relevant de la catégorie II ;*
* *Arrêté du Chef du gouvernement n°3.15.23 du 8 mars 2023 fixant la classification des activités, des installations et des sources de rayonnements ionisants y associées relevant de la catégorie II.*

|  |
| --- |
| **SECTION A – INFORMATIONS GENERALES SUR LE DEMANDEUR** |
| **TYPE DE SOURCE DE RAYONNEMENTS IONISANTS A EXPORTER** |
| **Source radioactive  Appareil électrique émettant des rayonnements ionisants** |
| **DEMANDEUR :**  Je soussigné (Nom, Prénom) :  Qualité :  Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email :  Nom de l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom et Prénom du responsable de l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fournisseur (s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Secteur :  Public  Privé  Statut Juridique et registre de commerce : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Préciser le lieu de l’installation radiologique (joindre un plan) :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° d’agrément ou d’autorisation d’exercice pour le secteur privé :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **MEDECIN DE TRAVAIL** |
| **Nom et Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Spécialité :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Tél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Date d’engagement avec l’établissement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **PERSONNE COMPÉTENTE EN RADIOPROTECTION** |
| Je désigne sous ma responsabilité, M. Mme. Mlle (Nom et prénom) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Qualité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Diplômes : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre(s) fonction(s) exercée(s) dans la société : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lieu habituel de travail (ou service d’affectation) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Temps consacré à sa mission : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Distance entre le lieu habituel de travail et le(s) lieu(x) où sont utilisés les appareils émetteurs de rayonnement ionisants : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La personne compétente en matière de radioprotection peut être sollicitée à tout moment dans l’intervalle du temps ouvrable pour répondre à toute demande d’information par AMSSNuR concernant la radioprotection et faire face à tout moment à une éventuelle situation d’urgence. |
| **C – INFORMATIONS RELATIVES A L’INSTALLATION** |
| **INFORMATIONS RELATIVES AUX EQUIPEMENTS ET AUX LOCAUX** |
| **APPAREILS ÉLECTRIQUES ÉMETTEURS DE RAYONS X**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Générateurs à rayonnement X** | | | | | **Localisation** | |  | **Tension max. (kV)** | **Marque** | **Fournisseur** | **Type (Fixe / Mobile)** |  | | **App.1** |  |  |  |  |  | | **App.2** |  |  |  |  |  | | **App.3** |  |  |  |  |  |   **SOURCES RADIOACTIVES DE RADIOGRAPHIE INDUSTRIELLE**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Source radioactive scellée** | | | | | | **Conteneur / Projeteur associé** | | | | **Localisation** | |  | Type(Fixe / Mobile) | Radio-nucléide | Activité max (MBq) | N° de série | Fournisseur et pays d’origine | Marque | Modèle | N° de série | Fournisseur et pays d’origine |  | | Srce. 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Srce.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Srce.3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **AUTRES SOURCES RADIOACTIVES**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Radio**  **-élément** | **Forme physique\*** | **N° de source** | **N° du conteneur** | **Débit de dose absorbé en mGy/h à 1m** | **Activité nominale** | **Date de la mesure de l’activité** | **Fournisseur** | **Localisation** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   ***\* solide, liquide, gaz, scellée, non scellée***   1. **Si la source se trouvant dans un appareil** :…………………………………………………….......  * Nom de l’appareil : …………………………………………………………………………… * Référence (référence fournisseur et/ou fabricant) : ……………………………….......... * Numéro de série de l’appareil : ……………………………………………………………….. * Modèle :…………………………………………………Type………………………………. * Finalité d’utilisation :………………………………………………………………………….  1. **S’il s’agit d’appareil mobile, préciser le lieu de stockage**:  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 1. **UTILISATION :** | | | | | **a- Installation :** | **b-Type de source :** | **c-Utilisation :** | | | Poste fixe  Poste mobile | Scellée  Non scellée | 1- Industrie  Humidimètre  Jauge de niveau  Jauge de densité  Marqueur  Diagraphie | 2 -Recherche, 3-Enseignement,  4- Agriculture 5- Environnement  Analyse  Etalonnage  Autre à préciser……. | |
| **MOYENS DE PROTECTION ET DE DÉTECTION** |
| 1. **Moyens de protection**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Désignation** | **Qté** | **Equivalent en Plomb (Pb) ou**  **en Tungstène (W)** | | Tabliers plombés |  |  | | Jupes plombées |  |  | | Lunettes anti-X |  |  | | Caches thyroïdes |  |  | | Autre |  |  |  1. **APPAREILS DE MESURE :**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Appareil de mesure** | **Marque** | **Type** | **Débit min** | **Débit max** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   **- Autres équipements (joindre les catalogues si possible)**   1. **SURVEILLANCE DE L’EXPOSITION DES TRAVAILLEURS**   Dosimètre Passif Type :  Dosimètre Actif |
| **D – COMPOSITION DU DOSSIER** |
| **En vertu de l’article 45 de la loi n° 142-12 relative à la sûreté et la sécurité nucléaires et radiologiques, ainsi que des dispositions du chapitre II du décret n° 2-20-131 du 25 février 2021 relatif aux autorisations et aux déclarations de activités, installations et sources de rayonnements ionisants y associées relevant de la catégorie II, le dossier de demande d’autorisation doit être composé de la demande d’autorisation selon le modèle annexé audit décret n°2-20-131 dûment rempli, signée et cachetée par le responsable de l’établissement demandeur, accompagnée d’un dossier comprenant le présent formulaire ainsi que les documents et informations suivants :**   1. Une copie du statut juridique du requérant (**s’il s’agit d’une première demande**) ; 2. Une copie du registre de commerce (**s’il s’agit d’une première demande**) ; 3. Une copie de l’autorisation d’importation sur le territoire national ; 4. le cas échéant, le nom et la raison sociale des destinataires intermédiaires étrangers ; 5. La ou les dates prévisionnelles des différentes expéditions prévues pour l'exportation ; 6. La description des caractéristiques techniques des sources de rayonnements ionisants à exporter ;   **S’il s’agit de sources radioactives, le dossier doit être complété par :**   1. La description de l'utilisation attendue pour chaque source radioactive destinée à l’exportation ; 2. Le contrat régissant les modalités relatives au retour éventuel de la source ; 3. L’accord préalable de l’exportation d’une source radioactive de classe I, donné par l’autorité compétente du pays d’accueil ; 4. Une copie de l'autorisation d’importation de sources radioactives de classe I ou II délivrée au destinataire par l’autorité compétente du pays d’accueil ; 5. Pour les sources radioactives relevant des classes I et II, l’engagement de notifier à l’Agence la date effective d’arrivée de la source à destination dans un délai maximum de quinze jours à compter de ladite date, en indiquant le dernier bureau des douanes par lequel le transfert a été opéré et de confirmer ladite notification par une attestation du destinataire précisant que la ou les source (s) radioactive (s) ont atteint la destination prévue et indiquant le bureau des douanes d’entrée dans le pays d’accueil.   **\*\*L’Agence peut, demander toute autre information ou document nécessaire à l’examen de la demande.** |
| **E – ENGAGEMENT** |
| **DECLARATION**  **Je certifie l’exactitude des déclarations susmentionnées et je m’engage à :**   * **Aviser, sans délai, AMSSNuR de tout changement aux indications de la présente demande ;** * **Respecter les normes de sécurité et de radioprotection.** |
| Signature : |
| Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cachet et Signature du Demandeur : |