



Module "Enregistrement de nouvelles mesures passives avec des dosimètres"

Il est indispensable de compléter ce formulaire afin de garantir la qualité des mesures de radon. **Le formulaire doit être rempli dans sa globalité et envoyé avec les dosimètres au moyen de l'enveloppe préaffranchie qui vous a été adressée. Les données peuvent également être saisies en ligne en suivant le lien : <https://radonmitigation.ch>.**

Dans tous les cas, ce document accompagné des dosimètres doit être retourné au Centre de compétence radon de la SUPSI au plus tôt le 2 janvier et au plus tard le 07 janvier 2020.

Propriétaire et adresse du logement mesuré

Nom et prénom du propriétaire _____

Adresse (rue et numéro) _____

Code postal et lieu _____

Pose du dosimètre (1)

Numéro du dosimètre (voir dosimètre):

Date de début de la mesure ___ / ___ / ___ Date de fin du mesurage ___ / ___ / ___

Lieu de pose (chambre à coucher, salon, salle de loisirs, autre): _____

Niveau (sous-sol / sous-sol semi-enterré, rez-de-chaussée, 1er étage, 2ème étage): _____

Lieu de séjour des personnes (pièce utilisée plusieurs heures par jour): Oui Non

Séjour hebdomadaire (heures) *: _____

* L'évaluation de la durée du séjour hebdomadaire est basée sur la personne qui passe le plus clair de son temps dans ce local.

Type de local: Habité Non habité Bureau

Lieu en contact direct avec le terrain: Oui Non

Pose du dosimètre (2)

Numéro du dosimètre (voir dosimètre):

Date de début de la mesure ___ / ___ / ___ Date de fin du mesurage ___ / ___ / ___

Lieu de pose (chambre à coucher, salon, salle de loisirs, autre): _____

Niveau (sous-sol / sous-sol semi-enterré, rez-de-chaussée, 1er étage, 2ème étage): _____

Lieu de séjour des personnes (pièce utilisée plusieurs heures par jour): Oui Non

Séjour hebdomadaire (heures) *: _____

* L'évaluation de la durée du séjour hebdomadaire est basée sur la personne qui passe le plus clair de son temps dans ce local.

Type de local: Habité Non habité Bureau

Lieu en contact direct avec le terrain: Oui Non

Pose du dosimètre (3)

Numéro du dosimètre (voir dosimètre):

Date de début de la mesure ___ / ___ / ___ Date de fin du mesurage ___ / ___ / ___

Lieu de pose (chambre à coucher, salon, salle de loisirs, autre): _____

Niveau (sous-sol / sous-sol semi-enterré, rez-de-chaussée, 1er étage, 2ème étage): _____

Lieu de séjour des personnes (pièce utilisée plusieurs heures par jour): Oui Non



Séjour hebdomadaire (heures) *: _____

* L'évaluation de la durée du séjour hebdomadaire est basée sur la personne qui passe le plus clair de son temps dans ce local.

Type de local: Habité Non habité Bureau

Lieu en contact direct avec le terrain: Oui Non

Pose du dosimètre (4)

Numéro du dosimètre (voir dosimètre):

Date de début de la mesure ____ / ____ / ____ Date de fin du mesurage ____ / ____ / ____

Lieu de pose (chambre à coucher, salon, salle de loisirs, autre): _____

Niveau (sous-sol / sous-sol semi-enterré, rez-de-chaussée, 1er étage, 2ème étage): _____

Lieu de séjour des personnes (pièce utilisée plusieurs heures par jour): Oui Non

Séjour hebdomadaire (heures) *: _____

* L'évaluation de la durée du séjour hebdomadaire est basée sur la personne qui passe le plus clair de son temps dans ce local.

Type de local: Habité Non habité Bureau

Lieu en contact direct avec le terrain: Oui Non

Pose du dosimètre (5)

Numéro du dosimètre (voir dosimètre):

Date de début de la mesure ____ / ____ / ____ Date de fin du mesurage ____ / ____ / ____

Lieu de pose (chambre à coucher, salon, salle de loisirs, autre): _____

Niveau (sous-sol / sous-sol semi-enterré, rez-de-chaussée, 1er étage, 2ème étage): _____

Lieu de séjour des personnes (pièce utilisée plusieurs heures par jour): Oui Non

Séjour hebdomadaire (heures) *: _____

* L'évaluation de la durée du séjour hebdomadaire est basée sur la personne qui passe le plus clair de son temps dans ce local.

Type de local: Habité Non habité Bureau

Lieu en contact direct avec le terrain: Oui Non

Observations complémentaires concernant la pose de dosimètres:

En signant, le soussigné confirme qu'il a rempli correctement et intégralement le formulaire de mesure du radon et avoir scrupuleusement respecté les instructions de mesure. Toutes les données seront traitées confidentiellement.

Vous recevrez le rapport avec le résultat des mesures.

Lieu et date: _____

Signature: _____

Une fois complété, veuillez retourner ce formulaire à:

Centro competenze radon

Campus Trevano

6952 Canobbio (TI)

radon@supsi.ch