Formulaire complémentaire 2

Responsable d’établissement de formation postgraduée

(chiffres 6.2 et 6.3 des dispositions transitoires)

Avec sa signature, le/la soussigné/e atteste par autodéclaration qu’il/elle a exercé pendant la période du       au       la fonction de responsable d’établissement de formation postgraduée (médecin-chef ou médecin adjoint). Son taux d’occupation pendant la période d’activité était de       %.

Au cours de cette période, il/elle a réalisé de manière autonome       expertises, dont       pénales et a suivi       patients en thérapie forensique, pour un total de      séances.

Nom de l’établissement de formation postgraduée:

Nom et prénom du / de la requérant/e:

Lieu, date:

Tampon et signature du / de la requérant/e: