Formulaire complémentaire 3

Médecins-cadres, à l’exclusion des responsables d’établissement de formation postgraduée

(chiffres 6.2 et 6.3 des dispositions transitoires)

Le/la responsable soussigné/e de l’établissement de formation postgraduée atteste par sa signature que Monsieur/Madame       ..a exercé pendant la période du       au       en qualité de médecin-cadre (médecin adjoint ou chef de clinique). Son taux d’occupation pendant la période d’activité correspondante 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:

Responsable de l’établissement de formation postgraduée:

Lieu, date:

Tampon et signature du / de la responsable de l’établissement de formation postgraduée: