Formulaire supplémentaire 1c

Sénologie chirurgicale

Périodes d’activité accomplies avant l’entrée en vigueur du programme de formation postgraduée (responsable d’un centre du sein certifié) – chiffre 6.3 des dispositions transitoires

La/le signataire confirme par sa signature qu’elle/il a exercé la fonction de membre de l'équipe centrale d’un centre du sein certifié et une fonction dirigeante\* (médecin-chef/cheffe, médecin adjoint-e ou chef/cheffe de clinique) pendant la période du       au      .

Son taux d’occupation pendant cette période a été de      %.

Nom de l’établissement de formation postgraduée :

Nom et prénom de l’auteur-e de la demande :

Lieu, date :      

Cachet et signature de l’auteur de la demande :

\* Les attestations d'une activité ininterrompue d'au moins 3 ans en tant que **responsable d’un centre du sein certifié** (p. ex. questionnaire structuré ou document similaire) servent de preuve.

19.01.2022 maf/af/aku