**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Médecine du travail**

[ ]  Demande de reconnaissance

[ ]  Réévaluation

Détenteur/trice: Nom

 Année de naissance

 Titre de spécialiste

 Cabinet depuis

 Adresse

 Téléphone

 e-mail

Date Détenteur/trice du cabinet

**Infrastructure / Caractéristiques du cabinet médical**

Cabinet médical individuel? [ ]  oui [ ]  non

Cabinet de groupe? [ ]  oui [ ]  non

Nombre des médecins

Nombre de salles d’examen

Avez-vous participé à un cours de médecin formateur?

[ ]  oui [ ]  non

Ou pouvez-vous attester au moins deux ans de formation postgraduée en tant que chef de clinique, médecin adjoint ou médecin-chef dans un établissement de formation postgraduée reconnu?

[ ]  oui [ ]  non

Si oui, où et dans quelle fonction?

Veuillez indiquer votre taux d’activité au cabinet médical :      %

Un remplacement du médecin titulaire du cabinet dans le cadre d’un assistanat en cabinet peut être validé à hauteur de 4 semaines par 6 mois de formation. En son absence, vous comme formateur devez garantir que le médecin en formation puisse, si besoin est, faire appel à un spécialiste approprié.

[ ]  oui [ ]  non

**Documents à joindre**

[ ]  Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

[ ]  Attestation de la formation continue accomplie selon la RFC (copie du diplôme de FC)

Je certifie avoir pris connaissance du programme de formation postgraduée du médecine du travail du 1er janvier 2001 en particulier du chapitre 3 « Contenu de la formation postgraduée ». Je certifie que mon cabinet médical offre toutes les garanties pour une formation postgraduée en médecine du travail en tout point conforme aux exigences susmentionnées.

Lieu, date Signature du responsable du cabinet médical

Berne, 11.6.2021/rj