**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