

Confirmation de la fonction de médecin cadre pendant au moins 2 ans actif dans un service de traumatologie (après l'obtention du diplôme de médecin spécialiste)

pour l'octroi de la formation approfondie en "traumatologie spécialisée" selon les dispositions transitoires du programme de formation post-graduée (chiffres 10.5 PFP, Évaluation privilégiée, pour les orthopédistes)

Les données personnelles

Titre: _____
Prénom: _____
Nom: _____
Date de naissance: _____
Lieu d'origine / nationalité: _____
Titre de médecin spécialiste: _____
Fonction chez l'employeur: _____

Déclaration

Par ma signature, je confirme que la personne mentionnée ci-dessus a exercé une activité clinique en tant que médecin cadre (au moins chef de clinique) pendant au moins 2 ans après l'obtention du titre de spécialiste et qu'elle a été activement intégrée dans le service de traumatologie, pendant la période suivante :

Durée de/à (veuillez indiquer la date exacte): _____

Nom et adresse de l'établissement de formation post-graduée:

Catégorie de l'établissement de formation post-graduée:

Taux d'occupation _____ % clinique

Taux d'occupation _____ % non clinique (recherche)

Absences

Maladie/accident:	_____ semaines	Dat de _____	à _____
Congé de maternité rémunéré:	_____ semaines	Dat de _____	à _____
Congé de paternité rémunéré:	_____ semaines	Dat de _____	à _____
Service militaire:	_____ semaines	Dat de _____	à _____
Congé non rémunéré:	_____ semaines	Dat de _____	à _____
Autres:	_____ semaines	Dat de _____	à _____

Lieu, date _____

Signature/tampon du directeur de la clinique

