**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Chirurgie orale et maxillo-faciale**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur-trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

Courriel

**Caractéristiques / Infrastructure du cabinet médical**

Cabinet médical individuel?  oui  non

Cabinet de groupe?  oui  non

Nombre de médecins

Nombre de salles d'examen

L'assistant dispose-t-il d'une salle d'examen ou d'une place de travail?  oui  non

Temps de présence du formateur en cabinet en %

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?

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

Attestation de participation au cours de médecin formateur (copie)

Attestation de la formation continue accomplie selon la RFC (diplôme FC)

Je certifie avoir pris connaissance du programme de formation postgraduée du praticien en chirurgie orale et maxillo-faciale du 1er janvier 2021 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 tout point conforme aux exigences susmentionnées.

Lieu et date Signature

           

Berne, le 16.2.2021/rj