

## **Confirmation d'une activité clinique pendant au moins 2 ans et d'une intégration active dans un service de traumatologie (après l'obtention du diplôme de spécialiste)**

**pour l'octroi de la formation approfondie en "traumatologie spécialisée" selon les dispositions transitoires du programme de formation post-graduée (chiffres 10.6 PFP, Évaluation privilégiée, pour les chirurgien-ne-s)**

### **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 et a été activement intégrée dans le service de traumatologie pendant au moins 2 ans après l'obtention du titre de spécialiste, comme indiqué ci-dessous:

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Responsable 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

