Demande d’attribution de crédits SPHD pour une offre de formation:
Domaine prévention et santé publique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*note:* *Annexes:* ***Programme avec son déroulement*** *et son* ***contenu,*** *ainsi que de la* ***liste des enseignants****.
Délai:* ***30 jours avant la formation continue*** *(examen de la demande garanti uniquement dans ce délai)****Frais: CHF 250.--*** *(indemnité pour l'examen de la demande. En cas de refus : 125 CHF)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

auteur de la requête

|  |  |
| --- | --- |
| Organisation / Requérant(e) | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Adresse, Code postal, Lieu | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Personne responsable (Prénom, Nom) | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| E-Mail | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Téléphone | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Type d’organisation  | Choisissez un élément |

Information sur l’offre de Formation continue

En principe, la manifestation doit être accessible à tous les médecins ; les membres du SPHD peuvent demander à l’organisateur une autorisation de participation / faire une demande de participation.

|  |  |
| --- | --- |
| Choisissez un élément | Justification: Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Titre de la formation continue | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Date de la formation continue | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Lieu de la formation continue | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Setting | Choisissez un élément |
| Durée maximale (sans les pauses et les parties convivales) | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |

Responsabilité scientifique

La responsabilité scientifique doit être assumée par un médecin. (Les exceptions doivent être justifiées).

|  |  |
| --- | --- |
| Titre, Prénom, Nom | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Titre FMH | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |
| Si pas de médecin : Justification | Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte. |

attestation et signature

La personne soussignée confirme la véracité des informations dans le présent formulaire :

Prénom, Nom Cliquez ou tapez ici pour saisir du texte.

Lieu/Date: Signature: