10/2021

**Demande d’obtention de l’attestation de formation approfondie interdisciplinaire ASMPP**

1. **Données personnelles**

**Titre: [ ]  Mr. [ ]  Mme.**

**Nom et prénom:**

**Date de naissance:**

**Titre de spécialiste:**

**Numéro GLN**

Adresse [ ]  Privé [ ]  Cabinet / [ ]  Hôpital

Rue:

NPA / Lieu:

Tél:

Mobile:

Mail:

Année diplôme:      Année FMH:      Activité de cabinet depuis:

Membre ASMPP: [ ]  **déjà membre ASMPP** [ ]  **J’aimerais devenir membre ASMPP**

**Recours**:

Un recours contre la décision de la commission d’examen peut être déposé auprès du comité

de l’ASMPP dans un délai d’un mois.

**Frais d‘examen CHF 500.-:**

Selon les tarifs de l‘ASMPP

Payés le     .       Veuillez svp m’envoyer le bulletin de versement.

Signature / Timbre:

Lieu e date:

*(A imprimer et singer à la main)*

**B. Formation**

**1. Formation théorique**

**Institut:**

Date de formation

Directeur

Fonction            **Crédits**

**Institut / Clinique**:

Date de formation

Directeur

Fonction            **Crédits**

**Séminare /Cours:**            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

Total heures **théorie:** total heures effectuées       **Crédits**

(sont reconnus au max. 120 Credits)dont certifiées (cf. annexe)       **Crédits**

*Pour remplir le formulaire regarder svp. l’instruction ci-jointe.)*

***1 Crédit*** *= 1 équivalent heure (séance de thérapie environ 50 min.). 1 Journée de cours = max. 10 Credits.***2. Aptitudes**

Formation effectuée            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

Total heures **aptitudes:** total heures effectuées      **Crédits**

(sont reconnus au max. 120 Credits)dont certifiées (cf. annexe)       **Crédits**

**3. Supervision et travail personnel (Balint et Intervision incl.)**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

            **Crédits**

Total heures **Supervision et travail personnel** total effectuées       **Crédits**

(sont reconnus au max. 120 Credits)dont certifiées (cf. annexe)       **Crédits**

*Pour remplir le formulaire regarder svp. l’instruction ci-jointe.)*

***1 Crédit*** *= 1 équivalent heure (séance de thérapie environ 50 min.). 1 Journée de cours = max. 10 Credits.***4. Activité instituionelle**

**Emploi institutionnel**      **Crédits**

(cf. 1)            **Crédits**

            **Crédits**

**Consultant:**            **Crédits**

**Service liaison:**            **Crédits**

Total heures **activité institutionnelle** total effectuées      **Crédits**

(sont reconnus au max. 240 Credits)dont certifiées (cf. annexe)       **Crédits**

**Total heures de formation en médecine
Psychosomatique et psychosociale**       **Crédits**

**Pour l’AFC ASMPP min. 360 Crédits** dont certifiées (cf. annexe)       **Crédits**

 non certifiées (max.100 Crédits)       **Crédits**

Signature / Timbre:

Lieu et date:

*(A imprimer et signer à la main)***ANNEXE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.**  | **Pièces justificatives / certificats / diplômes** | **Catégorie** | **Crédits** |
|  1 |       |       |       |
|  2 |       |       |       |
|  3 |       |       |       |
|  4 |       |       |       |
|  5 |       |       |       |
|  6 |       |       |       |
|  7 |       |       |       |
|  8 |       |       |       |
|  9 |       |       |       |
|  10 |       |       |       |
|  11 |       |       |       |
|  12 |       |       |       |
|  13 |       |       |       |
|  14 |       |       |       |
|  15 |       |       |       |
|  16 |       |       |       |
|  17 |       |       |       |
|  18 |       |       |       |
|  19 |       |       |       |
|  20 |       |       |       |

Catégorie (**T** = théorie, **P** = pratique, **SV** = supervision, **IV** = intervision **TP** = expérience personnelle ou thérapie personnelle, **AI** = activité d‘institution, **AC** = activité cabinet avec contrôle de super- intervision)

Lieu et date: Signature:

*(A imprimer et signer à la main)*

**ANNEXE Curriculum**

(Afin de pouvoir disposer de dates correctes et complètes pour des négociations tarifaires, nous vous prions de nous fournir un résumé le plus détaillé possible de votre formation médicale complète.)

Lieu et date: Signature: