Formulaire de demande d’équivalence des modules individuels pour l'admission à l'examen professionnel de coordinatrice/coordinateur en médecine ambulatoire

**Demande**

Selon les directives pour l’évaluation de l’équivalence des prestations de formation pour l’admission à l’examen professionnel de coordinatrice/coordinateur en médecine ambulatoire, je fais la demande de reconnaissance d’équivalence pour les prestations de formation suivantes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chronique Care Management I |  | Maladies dégénératives du SNC |
|  | Chronique Care Management II |  | Traitement des plaies |
|  | Management de qualité |  | Management du cabinet médical |
|  | Maladies diabétiques |  | Gestion du personnel |
|  | Maladies rhumatismales |  | Comptabilité |
|  | Maladies des voies respiratoires |  | Approfondissement en informatique |
|  | Maladies cardiaques / insuffisance cardiaque |  | Retraitement des dispositifs médicaux |

**Informations personnelles**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| N° AVS |  |
| Lieu d‘origine |  |
| Rue, numéro |  |
| Code postal |  |
| Lieu |  |
| N° de téléphone, email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Certificat de fin d‘étude |  |
| Activité professionnelle actuelle |  |
| Employeur actuel |  |
| Adresse de l‘employeur |  |

**A joindre à la demande:**

* Description du parcours de formation et de l’expérience professionnelle
* Un formulaire par module «preuves des prestations de formation acquises » avec les documents annexes demandés (voir directives pour l'évaluation de l'équivalence des prestations de formation et validation de modules)
* Copie du récépissé ou écriture bancaire attestant du virement du montant du tarif de la demande de l’équivalence des prestations de formation. Les frais administratifs se montent à CHF 200.00 par module et sont à régler à l’avance, avec la mention « demande d’équivalence », sur le compte :

Credit Suisse 3001 Bern, IBAN CH82 0483 5032 2659 6100 0, z.G. OdA Berufsprüfung 3001 Bern

**Déclaration de conformité**

Je soussigné certifie que j’ai fourni mes preuves de prestations de formation dans leur intégralité, qu’elles sont authentiques et complétées avec l’ensemble des annexes demandées.

Je certifie que j’ai personnellement acquis pour chaque module enseigné les compétences respectives

**Annexes** (à énumérer en suivant)

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

Remplir le formulaire, l’imprimer et le signer, puis le retourner avec les annexes à l’adresse:

OrTra formation professionnelle AM, case postale 6432, 3001 Berne.

Lieu, date : Signature :