Formulaire d’inscription pour l’accréditation du prestataire de formation et des modules

**Examen professionnel de**

**Coordinatrice / teur en médecine ambulatoire**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’institution de formation |  |
| Adresse |  |
| Site web |  |
| Personne de contact pour l‘accréditation |  |
| No. de téléphone  Adresse email |  |
| Identification du module du prestataire de formation |  |
| Date et signature |  |

**Dossier:**

* 1 exemplaire CD-Rom, clé USB ou e-mail
* 1 exemplaire sous forme papier

**Liste de documents pour une inscription complète**

Formulaire d‘inscription

Identification du/des module/es Odamed

Identification et description du/des module/es du prestataire de formation, selon Odamed

Validation du module et preuve des compétences (certificat du module)

Publication des modules qui doivent être accrédités, ainsi que les conditions d’admission et tous les autres documents éventuels liés à la publication

Organigramme de l‘institut de formation avec le listing des personnes responsables de l’organisation globale et administrative

Listing des personnes responsables de l’enseignement avec les indications suivantes: Nom, adresse, qualifications professionnelles, ainsi que pédagogiques (formation et formation continue)

Charte de l‘organisation

Concept pédagogique

Règlement de promotion

Règlement et concept d’évaluation (examen)

Certificat d’assurance de qualité valable (EduQua ou équivalent)