Inscription pour l’examen professionnel II/2024 – 26 et 27 novembre 2024

# Coordinatrice / Coordinateur en médecine ambulatoire

Remplissez le formulaire et envoyez-le par e-mail à [info@odamed.ch](mailto:info@odamed.ch). Imprimez-le également et retournez-le, dûment signé, en recommandé avec les annexes requises (pas d’originaux) par courrier postal à l’adresse suivante :

OrTra Formation professionnel AM - odamed  
Hinterbergweg 6  
4153 Reinach

**Délai d'inscription : 25 mars 2024**

Veuillez numéroter les annexes et inscrire les numéros ci-dessous. Seul le cachet de la poste fait foi pour le délai d’inscription imparti, l’envoi par courriel n’étant pas déterminant pour l’observation du délai.

|  |  |
| --- | --- |
| Orientation : | Langue d'examen : |
| Wählen Sie ein Element aus.   2ème spécialisation | Wählen Sie ein Element aus. |
| Repetent : | Dernier examen (date) : |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |

## Informations personnelles

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de famille \* |  |
| Prénom \* |  |
| Date de naissance |  |
| N° AVS |  |
| Lieu d’origine avec canton |  |
| Rue, numéro |  |
| Code postal / lieu, canton |  |
| N° de téléphone |  |
| E-mail |  |

\* Joindre une copie du passeport ou de la carte d’identité, ainsi qu‘une photo.

## Parcours scolaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Annexe n° |
| Certificat de fin d‘étude 1 \* |  |  |
| Date, nom d‘école \*\* |  |  |
| Certificat de fin d‘étude 2 \* |  |  |
| Date, nom d‘école \*\* |  |  |
| Certificat de fin d‘étude 3 \* |  |  |
| Date, nom d‘école \*\* |  |  |
| Certificat de fin d‘étude 4 \* |  |  |
| Date, nom d‘école \*\* |  |  |
| Certificat de fin d‘étude 5 \* |  |  |
| Date, nom d‘école \*\* |  |  |
| Expérience professionnelle \*\*\* |  |  |

\* Sont à énumérer dans l’ordre chronologique les certificats de fin d’étude de la formation professionnelle initiale (apprentissage), maturité gymnasiale, maturité professionnelle, école de degré de diplôme, école spécialisée ES, haute école spécialisée HES et formation universitaire, enfin tous les diplômes post gradués de tous niveaux.

\*\* Date de fin d’étude, institut de formation. Les copies de certificats de fin d’étude sont à joindre.

\*\*\* Sont à joindre le CV (curriculum vitae), décrivant votre parcours professionnel avec les certificats de travail y relatifs.

## Certificat de qualification de formatrice professionnelle (formation de maître d’apprentissage)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Annexe n° |
| Date du cours, prestataire \* |  |  |

\* Copie de la validation du module.

## Modules validés pour l’examen professionnel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Annexe n° |
| CCM 1 \* |  |  |
| CCM 2 \* |  |  |
| Management de qualité \* |  |  |
| Maladies diabétiques \* |  |  |
| Maladie rhumatismale \* |  |  |
| Maladies des voies respiratoires \* |  |  |
| Maladies, insuffisance cardiaques \* |  |  |
| Maladies dégénératives du SNC \* |  |  |
| Traitement des plaies \* |  |  |
| Radiologie à fortes doses \* |  |  |
| Management du cabinet médical \* |  |  |
| Gestion du personnel \* |  |  |
| Comptabilité \* |  |  |
| Approfondissement en informatique \* |  |  |
| Retraitement des dispositifs médicaux \* |  |  |

\* Date de la validation des modules, prestataire. Joindre la copie des certificats de module.

## Certificat d’équivalence, Refresher

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Annexe n° |
| CCM 1 \* |  |  |
| CCM 2 \* |  |  |
| Management de qualité \* |  |  |
| Maladies diabétiques \* |  |  |
| Maladie rhumatismale \* |  |  |
| Maladies des voies respiratoires \* |  |  |
| Maladies, insuffisance cardiaques \* |  |  |
| Maladies dégénératives du SNC \* |  |  |
| Traitement des plaies \* |  |  |
| Radiologie à fortes doses \* |  |  |
| Management du cabinet médical \* |  |  |
| Gestion du personnel \* |  |  |
| Comptabilité \* |  |  |
| Approfondissement en informatique \* |  |  |
| Retraitement des dispositifs médicaux \* |  |  |

\* Date du certificat d‘équivalence de l’Odamed OrTra formation professionnelle AM, date et prestataire du cours de Refresher d’un examen de module ultérieur. Joindre la copie des certificats.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lieu, date** |  |
| **Signature** |  |