

SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

DG II, Soins de Santé Primaires et Gestion de Crise
Agrément des Professions de la Santé - 2D034
Eurostation II
Place Victor Horta, 40/10
1060 BRUXELLES
tel. : 02/524.97.97 fax : 02/524.98.17
Adresse INTERNET : <http://www.health.belgium.be/eportal>

<u>RESERVE A L'ADMINISTRATION</u> Date d'introduction :

DEMANDE D'ENREGISTREMENT D'UN PLAN DE STAGE DE MEDECIN SPECIALISTE
{à compléter par le (la) candidat(e)}

NOM (nom de jeune fille pour femme mariée) **PRENOM**

ADRESSE
rue + n° : code postal + localité :

courrier électronique :

NATIONALITE **LIEU ET DATE DE NAISSANCE**

SEXE : M F (biffer la mention inutile) **NUMERO DE TEL.** :

VISA Y N (biffer la mention inutile) **NUMERO DE REGISTRE NATIONAL** :

Première inscription auprès de l'Ordre des Médecins	date :	numéro :	province :
--	--------------	----------------	------------------

SPECIALITE DANS LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ ETRE AGREE(E)

.....

SPECIALITE DANS LAQUELLE VOUS ETES EVENTUELLEMENT DEJA AGREE(E)

.....

Documents joints

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Attestation d'inscription à l'Ordre des Médecins |
| <input type="checkbox"/> | Convention avec Maître de Stage ou Institution relative à la rémunération équitable |
| <input type="checkbox"/> | Preuve acceptation par faculté |
| <input type="checkbox"/> | Programme de formation |

Premier plan - Modification (biffer la mention inutile)

PLAN DE STAGE - SPECIALITE :

NOM PRENOM

**RESERVE A
L'ADMINISTRATION**

Date début formation légale

PERIODES DE STAGES

Début	durée en mois	fin	maître de stage	service de stage	signature	Service de rotation éventuel	Signature responsable rotation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total en mois

MAITRE DE STAGE COORDINATEUR

NOM, PRENOM, INSTITUTION

DATE ET SIGNATURE

DATE ET SIGNATURE DU CANDIDAT

La demande de modification comporte :

1. inscription de la totalité de la formation
2. apposition de la signature du maître de stage au niveau de la modification
3. apposition de la date et signature du maître de stage coordinateur