

Demande de cofinancement d'un assistantat au cabinet médical

—> à remplir électroniquement

Assistantat au cabinet médical

Assistantat au cabinet médical

du

au

L'assistantat au cabinet médical commence obligatoirement le 1^{er} du mois et se termine le dernier jour calendaire d'un mois.

Taux d'occupation

% (taux d'occupation minimum 20%)

Salaire brut en CHF

(13^e salaire inclus)*

Administration souhaitée?**

Oui

Non

La Fondation FMF s'occupe de l'administration de l'assistantat au cabinet médical avant et/ou après la période cofinancée.***

Une journée d'essai a-t-elle eu lieu?

Oui, le

Non

Une demande de cofinancement a-t-elle été déposée en parallèle auprès d'un programme cantonal ou d'un autre organisme de financement (p.ex. Medix)?*

Oui, auprès de

le

Décision

accepté

refusé

en attente

En cas de refus, justification

Non,

justification

* Pour plus d'informations: www.whm-fmf.ch/fr/assistantat-au-cabinet-medical/conditions-de-travail

** Pour plus d'informations: www.whm-fmf.ch/fr/assistantat-au-cabinet-medical/administration-f

*** Pour plus d'informations: www.whm-fmf.ch/fr/assistantat-au-cabinet-medical/conditions-de-participation

Médecin-assistant-e

Titre	Prénom			Nom
Adresse				NPA, loc.
Tél.				E-mail
Titre de spécialiste visé		MIG		Pédiatrie
Avez-vous déjà passé l'examen de spécialiste (MIG/pédiatrie)?		Oui		Non
Possédez-vous déjà le titre fédéral de médecin spécialiste (MIG/pédiatrie)?		Oui	Non	Demandé
Possédez-vous un diplôme de médecin suisse?		Oui		Non
			Si non, possédez-vous un diplôme de médecin étranger reconnu par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)?	
			Oui	Non
Êtes-vous membre de la FMH?		Oui		Non
Formation postgraduelle suivie jusqu'au début de l'assistantat au cabinet médical et reconnues par la FMH				
Spécialité, Établissement, Localité			Nombre de mois	Taux d'occupation en %

La durée de formation postgraduelle imputable, convertie à 100%, est de
 _____ années _____ mois

Avez-vous déjà effectué un assistantat au cabinet médical?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer ici les informations suivantes

Localité _____ Nombre de mois _____ Taux d'occupation en % _____

Maître de stage

Cabinet

Titre Prénom Nom

Adresse NPA, loc.

Tél. E-mail

Spécialité MIG Pédiatrie

Forme du cabinet Cabinet individuel Cabinet de groupe

Êtes-vous reconnu-e par l'ISFM en qualité de formateur-trice?

Oui Non

Avez-vous suivi le cours d'introduction pour maîtres de stage de la Fondation FMF?

Oui Non

Avez-vous déjà encadré des assistantats au cabinet médical reconnus par l'ISFM?

Oui Non

Le/la médecin-assistant-e confirme que les données fournies ci-dessus sont exactes et que les **Conditions de participation** ont été lues et acceptées

Lieu, date Signature du/de la
médecin-assistant-e

Le/la maître de stage confirme que les données fournies ci-dessus sont exactes et que les **Conditions de participation** ont été lues et acceptées

Lieu, date Signature du/de la
maître de stage

Cette demande complète, accompagnée de toutes les annexes mentionnées ci-dessous, doit être envoyée par e-mail au plus tard 3 mois avant le début de l'assistantat au cabinet médical à l'adresse suivante: info@whm-fmf.ch (secrétariat de la Fondation FMF)

Annexes

Médecin-assistant-e

- Curriculum vitae
- Diplôme de médecin suisse ou diplôme de médecin étranger + reconnaissance du diplôme par l'OFSP (MEBEKO)
- Certificats ISFM (logbook électronique)
- Attestation de travail du poste actuel de formation postgraduée
- Justificatif d'adhésion à la FMH

Nouveau/nouvelle maître de stage

- «Reconnaissance en qualité de formateur-trice (ISFM) cat. III» ou inscription au registre de l'ISFM
- Attestation de participation au cours d'introduction pour maîtres de stage FMF
- **Autorisation signée** pour l'autorisation de consultation de documents auprès de l'ISFM, envoyée à info@siwf.ch et CC à info@whm-fmf.ch
- Diplôme de formation continue ou inscription sur doctorfmh.ch

Seules les demandes complètes (annexes comprises) pourront être traitées.