

## 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<sup>er</sup> du mois et se termine le dernier jour calendaire d'un mois.

Taux d'occupation

% (taux d'occupation minimum 20%)

Salaire brut par mois selon  
le taux d'occupation en CHF  
(13<sup>e</sup> salaire inclus)\*

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? \*\*

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](http://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/conditions-de-participation](http://www.whm-fmf.ch/fr/assistantat-au-cabinet-medical/conditions-de-participation)



## 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](mailto: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
- Diplôme de formation continue ou inscription sur [doctorfmh.ch](http://doctorfmh.ch)

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