**ATTESTATION DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU**

I. − Participant

Nom : **@nom\_stagiaire@**  Nom de naissance (si différent du nom) :

Prénom : **@prenom\_stagiaire@** Date de naissance : @date\_naissance@

Adresse d’exercice principal : @nom\_lieu@

Adresse électronique (facultatif) :[**@mail\_stagiaire@**](mailto:chrisousset@orange.fr)

Profession : @profession@

Mode d’exercice dominant >(50%) :

* salarié
* libéral
* mixte
* service de santé des armées

II. – Numéro RPPS ou ADELI

N° RPPS : .......................................... ou N° ADELI :**@num\_adeli@**

*A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoireADELI (arrêté du 27 mai 1998 – Journal officiel du 17 juillet 1998).*

III. – Conditions de participation

Programme pluriannuel (oui/non) : **non**  ❑en cours

Date de début : **@date\_debut@** Date de fin (si en cours date envisagée):**@date\_fin@**

Année(s) civile(s) de participation :

*L’attestation est délivrée au professionnel de santé et transmise à l’entité en charge du contrôle au titre de chaque année civile.*

IV. – Organisme de DPC

Nom/sigle :**@ma\_denomination@**

Adresse : @ma\_num\_adr@ @mon\_adr@@mon\_comp\_adr\_saut@ @mon\_cp@ @ma\_ville@

N° enregistrement OGDPC :

V. − Programme de développement professionnel continu

Intitulé du programme : **@nom\_sous\_theme@**

Orientation nationale dans laquelle le programme s’inscrit : **@ref\_ss\_theme\_sec@**

Orientation régionale dans laquelle le programme s’inscrit (préciser la région) :...................................

Préciser l’année ou l’arrêté auquel cette orientation fait référence : **31 janvier 2013**

Nom du responsable de l’organisme de DPC : **@mon\_nom@ @mon\_prenom@** atteste que le professionnel de santé a participé au programme de DPC susmentionné.

Fait à @ville\_signature@, le @date\_jour@

Cachet et signature

*Ce document est délivré au professionnel de santé ayant participé au programme de DPC. Il est également envoyé :*

* *au conseil compétent de l’ordre pour les professions médicales et pour les auxiliaires médicaux libéraux qui endisposent ;*
* *à l’employeur d’un auxiliaire médical, aide-soignant ou auxiliaire de puériculture salarié du secteur public ou privé ;*
* *à l’agence régionale de santé pour les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, quin’exercent pas à titre salarié, et les autres auxiliaires médicaux à exercice libéral.*