

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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@**

Profession :

* médecin
* chirurgien-dentiste
* sage-femme
* pharmacien
* infirmier
* masseur-kinésithérapeute
* orthophoniste
* orthoptiste
* pédicure-podologue
* ergothérapeute
* psychomotricien
* manipulateur d’électroradiologie médicale
* préparateur en pharmacie
* audioprothésiste
* opticien-lunetier
* prothésiste
* orthésiste
* diététicien
* technicien de laboratoire médical
* aide-soignant
* auxiliaire de puériculture

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 répertoire ADELI (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 : **2015**

*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 :

Adresse :

N° enregistrement OGDPC :

V. − Programme de développement professionnel continu

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

Orientation nationale dans laquelle le programme s’inscrit : **Orientation n°2 : contribuer à l’amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients**

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 Toulouse, 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 en disposent ;*
* *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, qui n’exercent pas à titre salarié, et les autres auxiliaires médicaux à exercice libéral.*