

Demande d'autorisation de pratique en formation postgrade (médecin, pharmacien, chiropraticien)

Nom :

Prénom/s :

Nom/s antérieur/s :

Date de naissance :

Nationalité :

Si nationalité suisse lieu d'origine :

Nom de l'employeur ou de l'établissement :

Nom du superviseur/responsable de la formation :

Durée de l'engagement : **du** **au**

Pour les médecins :

L'assistantat ne devrait pas se prolonger au-delà de la durée de formation prévue et reconnue par l'ISFM au sein du cabinet médical.

Formation

Diplôme fédéral

date :

Diplôme étranger reconnu en Suisse par la MEBEKO

date :

Enregistrement du diplôme étranger non reconnaissable par la MEBEKO

date :

Inscription des connaissances linguistiques par la MEBEKO

date :

Avez-vous déjà été autorisé à pratiquer en Valais ? oui non

Avez-vous déjà été autorisé à pratiquer dans un autre canton ? oui non

Nom du dernier employeur :

Remarques :

Par sa signature, le requérant atteste ne pas avoir fait l'objet de sanctions administratives en rapport avec l'exercice de sa profession.

Lieu et date :

Signature :