

Programme cantonal d'assistantat en cabinet du canton de Berne Formulaire de candidature

Assistantat en cabinet prévu du: _____ au: _____

Taux de travail _____ % Nombre de mois _____

Visite du cabinet effectuée le _____

Médecin formatrice/formateur:		
Nom, prénom _____	Titre _____	
Adresse du cabinet _____		
Tél. _____	E-mail _____	
<input type="checkbox"/> Cabinet en ville	<input type="checkbox"/> Cabinet à la campagne	<input type="checkbox"/> Cabinet en agglomération
<input type="checkbox"/> Cabinet individuel	<input type="checkbox"/> Cabinet de groupe	
Nombre de postes de travail (en pourcent) du cabinet : _____ %		
Avez-vous déjà employé des médecins-assistants ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui : _____ (nombre de) médecins-assistant/es pour un total de _____ mois		

Médecin-assistant/e:	
Nom, prénom _____	Titre _____
Adresse _____	
Tél. _____	E-mail _____
Etat civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> divorcé/e	Nombre d'enfants _____
Avez-vous un lien de parenté avec le médecin formateur/de la médecin formatrice ?	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, lequel (par ex. père etc.) ? _____
Titre de spécialiste visé : _____	
Avez-vous déjà accompli un assistantat en cabinet médical?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà prévu le début de votre activité future en cabinet?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, où? _____	A partir de quand? _____
Avez-vous passé l'examen de spécialiste en MIG, resp. en pédiatrie ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Possédez-vous un titre de spécialiste en MIG ou en pédiatrie ?	<input type="checkbox"/> soumis <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Formation postgrade reconnue par l'ISFM accomplie avant le début de l'assistanat en cabinet :		
Spécialité, institution, lieu	Nombre de mois	Taux de travail en %

La durée de la formation postgrade convertie en 100 % est de _____ an(s) _____ mois (au début de l'assistanat en cabinet médical)

Demande de fonds pour les cabinets dans le besoin
<input type="checkbox"/> Cabinet individuel (jusqu'à 1,5 postes de travail EPT ou 150 %) <input type="checkbox"/> FMH pédiatrie <input type="checkbox"/> Cabinet participant à un projet-pilote <input type="checkbox"/> Cabinet travaillant dans une région périphérique menacée par un manque d'offre médicale
Prière de joindre à la candidature une justification de la demande d'aide (une page)

Par la présente, nous souhaitons déposer une demande de participation au programme d' "assistanat en cabinet médical" du canton de Berne :

Lieu, date: _____

Médecin-assistant/e: _____

Méd. formatrice/teur: _____

<p>Demande à envoyer au : Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM Sekretariat Weiterbildung Mittelstrasse 43 3012 Bern contact.biham@unibe.ch</p> <p>Veillez joindre à la demande :</p> <p>Médecin formatrice/formateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'attestation de formateur postgrade (cat. III) ou inscription dans le registre ISFM • Formulaire d'autorisation de consulter les documents ISFM • Copie du diplôme de formation continue ou inscription sur doctorfhm.ch • Votre demande d'aide financière auprès du fonds (prière de justifier en une page du besoin et pourquoi le médecin formateur n'arriverait pas à verser l'entier de la contribution salariale) <p>Médecin-assistant/e :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum vitae • Copie du diplôme de médecine • Certificats (ISFM) des établissements de formation postgrade fréquentés • Attestation de travail de l'établissement de formation postgrade actuelle • Aide-mémoire « Assistanat au cabinet médical » du canton de Berne signé
--