

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM:

Langue de correspondance :

☐ Français

Nationalité

☐ CH

Titre :

☐ Monsieur

Date de naissance :

PRÉNOM :

☐ Allemand

☐ Italien

☐ UE

☐ Autre

☐ Madame

☐ Divers

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES : nom du cabinet, de la société ou du centre (seront affichées sur Internet)

Nom du cabinet :

c/o :

Case Postale :

Rue :

Canton :

NPA :

Lieu :

Pays :

Tél. :

Portable :

E-mail :

Site internet :

ADRESSE DE CORRESPONDANCE : seulement si différente de l'adresse professionnelle (ne sera **pas** affichée sur Internet)

c/o :

Case Postale :

Rue :

Canton :

NPA :

Lieu :

Pays :

Tél. :

Portable :

E-mail :

Site internet :

ADRESSE CABINET SUPPLÉMENTAIRE : nom du cabinet, de la société ou du centre (sera affichée sur Internet)

Nom du cabinet :

Rue :

Canton :

NPA :

Lieu :

Pays :

Tel :

Portable :

E-Mail :

Site internet :

AGRÉGATION À PARTIR DE :

Une reconnaissance rétroactive n'est **pas** possible

Année complète

☐ (Janv. – Déc.)

2^{ème} semestre

☐ (Juillet - Déc.)

Avez-vous déjà bénéficié dans le passé d'une agrégation ASCA ?

RCC No. :

OUI ☐ NON ☐

Etes-vous membre d'une association professionnelle ou d'autres organisations ? Si OUI, laquelle ? depuis quand :

OUI ☐ NON ☐
joindre attestation

Est-ce que votre activité thérapeutique nécessite une autorisation cantonale dans le canton où vous exercez ?
(Renseignements auprès de l'Office cantonal compétent de votre canton)

OUI ☐ NON ☐
Si OUI
joindre une copie

FORMATION DU 1^{er} CYCLE – médecine académique (min. 150h)	
Êtes-vous diplômé(e) de l'une des professions de la santé dispensant du cycle 1? (voir liste Professions de la santé disponible sur le site www.asca.ch)	OUI ☐ NON ☐
Si OUI, laquelle et titre professionnel :	joindre diplôme
Est-ce que la formation de base du 1er cycle (Anatomie - Physiologie - Pathologie) pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a été effectuée dans une école accréditée par la Fondation ASCA ?	OUI ☐ NON ☐ joindre une copie
Si OUI, laquelle ?	Nombre d'heures

FORMATION DU 2^{ème} CYCLE : Formation spécifique à la méthode Pour quelle(s) méthode(s) thérapeutique(s) souhaitez-vous être agréé(e) (voir liste sur www.asca.ch)?				
Discipline thérapeutique (selon Liste des méthodes)	Nombre d'heures	Nom de l'école	Ecole Accréditée ASCA?	Date du Diplôme
1.			OUI ☐ NON ☐	
2.			OUI ☐ NON ☐	
3.			OUI ☐ NON ☐	
4.			OUI ☐ NON ☐	
5.			OUI ☐ NON ☐	
6.			OUI ☐ NON ☐	
7.			OUI ☐ NON ☐	

FORMATION DU 3^{ème} CYCLE – médecine académique spécifique (min. 300 h)	
Êtes-vous diplômé(e) de l'une des professions de la santé fédérale dispensant du cycle 3? (Liste disponible sur le site www.asca.ch)	OUI ☐ NON ☐
Si OUI, laquelle et titre professionnel :	joindre diplôme
La formation des connaissances approfondies en médecine académique pour laquelle vous avez été formé(e) et diplômé(e), a-t-elle effectuée dans une école accréditée par la Fondation ASCA?	OUI ☐ NON ☐
Si OUI, laquelle ?	Nombre d'heures :

Documents obligatoires à produire

- Les copies de **certificats / diplômes** obtenus avec les **programmes détaillés** validés par l'école
- **Certificat BLS-AED**, validité 2 ans (validité illimitée pour les diplômé(e)s d'écoles reconnues par les OrTra)
- Une copie de **l'extrait du casier judiciaire** récent (6 derniers mois)
- Une copie de la **carte identité ou passeport**

Dans le but d'adhérer au concept de la Fondation ASCA, je certifie par ma signature que les renseignements ci-dessus sont exacts et conformes à la vérité. De plus, je confirme par ma signature l'authenticité des données et des documents que je remets à la Fondation ASCA. Je confirme également avoir lu, compris et accepté tous les points mentionnés dans les chapitres des Conditions Générales (CGATH), le règlement d'exécution (ReCGATH), le règlement des divers émoluments, la liste des disciplines thérapeutiques (LDT) le code éthique et la charte.

Vous allez recevoir prochainement une facture pour vous acquitter des frais d'étude de dossier. Dès réception de votre paiement, **l'étude de votre dossier prendra environ 4 semaines.**

Lieu et Date :

.....

Signature :

.....

Par votre signature, vous nous autorisez à transmettre vos données à nos assureurs partenaires.