**Demande**

**[ ]  Obtention de l’attestation de formation complémentaire POCUS
Composante** 9 Pédiatrie au cabinet médical / aux urgences / dans un service hospitalier de soins ambulatoires

Si vous souhaitez présenter une demande pour plusieurs composantes, veuillez soumettre une demande distincte pour chacune.

**[ ]  Inscription dans la SSUM et dans la ou les sections:**

 [ ]  ICAN [ ]  Allgemeine Innere Medizin [ ]  Pädiatrie

 [ ]  Herz [ ]  Bewegungsapparat [ ]  Gefässe

 [ ]  Je renonce à être membre de la SSUM.

**Donées personelles**

Nom:       Prénom:

Numéro GLN:       Date de naissance:

E-Mail (obligatoire):       Titre:

Titre de spécialiste:       depuis (année):

**Hôpital/Cabinet:**

Adresse:

CP:       Lieu:

Téléphone:

**Privé:**

Adresse:

CP:       Lieu:

Téléphone / Mobile:

**Conditions:**

 [ ]  Bases de l’échographie

[ ]  Cours de base de la composante correspondante selon le programme d'aptitudes

[ ]  Nombre d'examens échographiques effectués selon le programme de capacité

[ ]  En plus, le nombre requis d'examens effectués de façon indépendante

**Confirmation du superviseur/tuteur/instructeur du cours FA POCUS**

Date:

Nom:

Prénom:

[ ]  Je confirme par la présente que le candidat remplit les objectifs de formation de cette composante.

 Signature superviseur/tuteur/l'instructeur Composante:

**Déclaration:**

Je remplis toutes les conditions pour obtenir le certificat de capacité POCUS pour le composant correspondant. Les copies des cours complétés sont jointes, ainsi que la confirmation des examens échographiques supervisés. Je suis prêt à maintenir mes propres échographies documentées disponibles pour inspection sur demande.

Date:       Signature candidat(e):