

# ANNEXE 3

FORMULAIRE DE CANDIDATURE À LA LISTE DES MÉDECINS CONTRÔLEURS

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFIL** | [ ]  TYPE 1: GÉNÉRALISTE / MÉDECIN DU TRAVAIL |
| [ ]  Type 2: PSYCHIATRE |
| [ ]  Type 3: MÉDECIN SPÉCIALISTE EN ORTHOPÉDIE |
| **INFORMATION PERSONNELLE** |
| NOM(S) PRÉNOM(S) |  |
| ADRESSE |  |
| NUMERO(S) DE TELEPHONE |  |
| NUMERO(S) DE FAX |  |
| ADRESSE(S) COURRIEL |  |

|  |
| --- |
| **PRATIQUE** |
| AUTORISATION D’EXERCER DANS LE PAYS D’ÉTABLISSEMENT | [ ]  OUI[ ]  NON |
| NUMÉRO ET PREUVE D’INSCRIPTION AUPRÈS DE L’ORDRE DES MÉDECINS  | No :Joindre la preuve d’inscription  |

|  |
| --- |
| **EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE** |
| **1** | DATES |  |
| FONCTION OU POSTE OCCUPÉ |  |
| NOM ET ADRESSE DE L’EMPLOYEUR |  |
| PRINCIPALES ACTIVITÉS ET RESPONSABILITÉS |  |
|  |
| **2** | DATES |  |
| FONCTION OU POSTE OCCUPÉ |  |
| NOM ET ADRESSE DE L’EMPLOYEUR |  |
| PRINCIPALES ACTIVITÉS ET RESPONSABILITÉS |  |

|  |
| --- |
| **ÉDUCATION ET FORMATION EN MÉDECINE** |
| **1** | DATES |  |
| QUALIFICATION OBTENUE |  |
| NOM ET ADRESSE DE L’ÉTABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT OU DE FORMATION |  |
|  |
| **2** | DATES |  |
| QUALIFICATION OBTENUE |  |
| NOM ET ADRESSE DE L’ÉTABLISSEMENT D’ENSEIGNEMENT OU DE FORMATION |  |

|  |
| --- |
| **LANGUES PARLÉES** |
| LANGUE MATERNELLE |  |
| LANGUE EXIGÉE (au moins une) | [ ] FRANÇAIS  | [ ] ANGLAIS  | [ ] ALLEMAND  |
| AUTRES LANGUES |  |  |  |