

# 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 |  |  |  |