

Formulaire de demande / Bewerbungsformular

| | |
|---|--|
| Période d'assistantat prévue / <i>Praxisassistenten vorgesehen</i> | du/vom: __. __. 202__ au/bis: __. __. 202__ |
| Taux d'activité de / <i>Beschäftigungsgrad</i> : | ... % |
| Nombre de mois / <i>Anzahl Monate</i> : | ... mois/Monate |
| Cofinancement de maximum 6 mois à 100% ou un équivalent à temps partiel. En cas prolongation du contrat le médecin formateur est responsable du financement. <i>Mitfinanzierung maximal 6 Monate bei BG 100% oder Äquivalent zu Teilzeit. Bei Verlängerung übernimmt die Lehrpraxis die gesamte Finanzierung der Praxisassistenten.</i> | |
| En cas de prolongation souhaitée <i>Wenn Verlängerung gewünscht:</i> | du/vom __. __. 202__ au/bis __. __. 202__ |
| Taux d'activité de / <i>Beschäftigungsgrad</i> : | ... % |

| |
|--|
| Médecin formateur / <i>Lehrpraktiker(in)</i>: |
| Nom/Name: |
| Prénom/Vorname: |
| Titre FMH / <i>FMH Titel</i> : ... |
| Adresse du cabinet / <i>Praxisadresse</i> : ... |
| Tel: ... Fax: ... E-Mail: ... |
| Les conditions préalables du médecin formateur sont remplies. <i>Die Voraussetzungen als Lehrpraktiker/in sind erfüllt.</i> |
| Date et signature du médecin formateur / <i>Datum und Unterschrift Lehrpraktiker/in</i> : |

| | |
|---|---|
| Médecin assistant(e) / <i>Assistenzärztin/-arzt</i> : | |
| Nom/Name: ... | |
| Prénom/Vorname: ... | |
| Adresse: ... | |
| Tel: ... Fax: ... E-Mail: ... | |
| Titre FMH prévu / <i>angestrebter FMH Titel</i> : ... | |
| Nombre d'année de formation post graduée reconnues par la FMH / <i>Anzahl Jahre FMH anerkannter Weiterbildung (min. 2 an/J., max 7an/J. à/bei BG 100%)</i> | _____ Ans/Jahre |
| Année de l'obtention du diplôme de médecin : <i>Ausstellungsjahr des Arztdiploms :</i> | ... |
| Projet de s'installer dans le Canton de Fribourg comme médecin de famille/ <i>Die Aufnahme der Praxistätigkeit im Kanton Fribourg wird angestrebt:</i> | OUI/JA <input type="checkbox"/> NON/NEIN <input type="checkbox"/> |
| A déjà bénéficié d'un cursus en cabinet / <i>vorherige Praxisassistenten</i> | OUI/JA <input type="checkbox"/> NON/NEIN <input type="checkbox"/> |
| Date et signature du médecin assistant / <i>Datum und Unterschrift Assistenzarzt/ärztin</i> | |

Annexes / Anhänge:

Médecin formateur / *Lehrpraktiker(in)*: attestation de médecin formateur, de formation continue, couverture en RC professionnelle pour médecin-assistant. / *Anerkennung als Weiterbildungner/Lehrpraktiker, aktuelles Fortbildungsdiplom, Kopie Berufshaftpflichtversicherung mit Einschluss Assistenzarzt/ärztin.*