ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la santé publique SSP
Amt für Gesundheit GesA

Chemin des Mazots 2, 1700 Fribourg

T +41 26 305 29 29
www.fr.ch/ssp

Demande d'autorisation de pratiquer sous surveillance

Beruf ○médecin ○dentiste ○ vétérinaire ○ pharmacien/ne ◉chiropracticien/ne

Fonction ○assistant/e en formation post grade

◉autre activité surveillée (à préciser)

Employé/e

Nom

Prénom/s

Nom de célibataire

Nationalité

Sexe ○F ○M

Date de naissance

Langue maternelle

Etrangers: Permis de séjour ○B ○C ○G ○Demande permis en cours

Rue, N°

NPZ, localité

Code GLN*

Tél.

Email

*votre code GLN personnel est indiqué dans le registre fédéral des professions médicales (MedReg)

Employeur

Nom, prénom ou institution

Professionnel/le supérieur/e responsable*

*si autre que l'employeur (p.ex. dans une institution)

Rue, N°

NPZ, localité

Tél.

Email

Durée de l'engagement/Taux d'activité

du au

Taux d'activité %

Assurance responsabilité professionnelle

○ par l'employeur ○ autre

L'employeur doit s'assurer que l'employé/e remplit les conditions pour pratiquer sous sa surveillance, en vérifiant les données lui permettant de remplir les rubriques ci-dessus. Les pièces justificatives y relatives sont à verser au dossier personnel de l'employé/e; il n'est pas nécessaire de les mettre en annexe lors de l'envoi de ce formulaire au Service de la santé publique. ***Le dossier ainsi constitué peut être requis en tout temps par le Service de la santé publique dans le cadre de ses tâches de surveillance****.*

Lieu et Date

Signature de l'employeur ……..……....

Signature du/de la prof. responsable .....……....

Signature de l'employé/e ……..……....