**Information concernant le tuteur**

**Formation complémentaire radiologie à doses faibles et modérées CMPR**

**25.09.2023**

1. **DONNEES PERSONNELLES DU TUTEUR**

**M.**  **Mme**

**Nom**       **Prénom**

**Adresse privée**       **CP / lieu**

**N° GLN**       **Mail**

**Titre de spécialiste**

**Date d’obtention de l’attestation de   
formation complémentaire radiologie à fortes doses**

\* tous les champs ci-dessus sont obligatoires.

1. **POOL TUTEUR**

**Souhaitez-vous être inclus dans notre liste de tuteur afin que nous puissions, en cas de besoin, orienter de futur candidats vers und tuteur qualifié de la région ?**

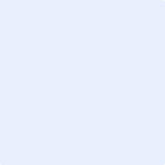
**Oui, je souhaite être pris  non, je ne souhaite pas être pris**

**dans le pool de tuteur** **dans le pool de tuteur**

***Le/la tuteur/tutrice attestent par leur signature avoir pris connaissance du programme de formation postgraduée et des dispositions d’exécution y relatives. Ils en acceptent les termes et s’engagent à les respecter. Les candidats ne peuvent commencer les clichés qu’une fois la finance d’inscription acquittée et après avoir reçu une confirmation du secrétariat CMPR, mentionnant le nom de l’expert CMPR.***

***Cette liste n’est pas transmise à des tiers, mais nous aide à diriger des futurs candidats vers une personne qualifiée en cas de manque de tuteurs. Vous pouvez en tout temps faire rectifier ou compléter les données vous concernant en contactant notre secrétariat (***[***khm@hin.ch***](mailto:khm@hin.ch)***, 031 370 06 70).***

**Date:** **Signature du formateur:**

****