

PLAN DU CURSUS POSTGRADE À RÉALISER PAR

DÉPARTEMENT DES FINANCES
ET DE LA SANTÉ

SERVICE DE LA SANTE PUBLIQUE

NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE:

SIGNATURE:

**DATES ENVISAGÉES
DU...AU**

NOM DU SERVICE ET DE L'INSTITUTION (SI CONNUS)

NOM DU MÉDECIN CHEF SUPERVISEUR (SI CONNU)

DATES ENVISAGÉES DU...AU	NOM DU SERVICE ET DE L'INSTITUTION (SI CONNUS)	NOM DU MÉDECIN CHEF SUPERVISEUR (SI CONNU)

DATE DU TERME DU CURSUS POSTGRADE:

(Estimation raisonnable pour toutes les parties, sachant que la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 fixe dans son art. 18 al. 1 une durée maximale de 6 ans):