

PLAN DU CURSUS POSTGRADE À RÉALISER PAR

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ,
DES RÉGIONS ET DES SPORTS
SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

NOM, PRÉNOM, :**DATE DE NAISSANCE :****SIGNATURE :**

DATES CHRONOLOGIQUES 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)