formulaire de demande d’autorisation de pratiquer pour les médecins assistant-e-s et les médecins pratiquant sous leur propre responsabilité

Nom de l'institution 

Adresse 

#### L'institution demande l'autorisation pour :



Type de demande d'autorisation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autorisation de pratiquer sous sa propre responsabilité (art. 56 et 56b LS) |  | Procédure ordinaire (1ère demande en Suisse).  Procédure applicable aux médecins déjà autorisés à pratiquer sous propre responsabilité dans un autre canton |
| Autorisation en tant que médecin-assistant-e suivant une formation postgrade accréditée (art.55b LS) |  | Première demande  Demande de renouvellement |

Nom et titre du médecin référent : 

Données personnelles concernant le-la bénéficiaire

né-e le  nationalité 

pour la période du  au 

auprès du département / service 

en remplacement du médecin 

Date  Pour la direction (nom) 

Timbre et signature

Le-la médecin engagé-e est compétent-e pour :

assumer la fonction de 

auprès du département / service 

Date  Pour la direction médicale (nom) 

Timbre et signature

**Pièces requises à l’appui du formulaire de demande d’autorisation, voir tableau sous** [**www.ne.ch/AP**](http://www.ne.ch/AP) **, onglet «**[**Médecin et chiropraticien-ne exerçant en institution**](https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/Medecine1erRecours/autorisation/Pages/accueil.aspx#collapse5)**»**