

DEMANDE D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE DPC MÉDICAL

V6-03/2013

01 | ÉTABLISSEMENT

EXERCICE NOM ÉTABLISSEMENT

NUMÉRO DE DOSSIER

DATE CME* AVIS CME* (cocher la case) FAVORABLE DÉFAVORABLE

*champs facultatifs

02 | ORGANISME DPC

N° DE SIRET N° ENREGISTREMENT OGDPC

SIGLE

03 | PROGRAMME DPC

1 | CONTENU DU PROGRAMME [COCHER LA CASE]

PROGRAMME DÉPOSÉ SUR LA PLATEFORME DE L'OGDPC - COMPLÉTER UNIQUEMENT LE NUMÉRO DE PROGRAMME ET L'INTITULÉ PRIS SUR LE SITE DE L'OGDPC

N° PROGRAMME * INTITULÉ DU PROGRAMME DPC *

SI PROGRAMME NON DÉPOSÉ SUR LA PLATEFORME DE L'OGDPC - UNIQUEMENT DANS CE CAS COMPLÉTER LES INFORMATIONS CI-DESSOUS

INTITULÉ DU PROGRAMME ORIENTATION NATIONALE

PARTIE **COGNITIVE** MÉTHODE HAS

INTITULÉ

PARTIE **ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES** MÉTHODE HAS

INTITULÉ

2 | DATE ET LIEU

	DATE DÉBUT	DATE FIN	DURÉE (en heures)	LIEU
PARTIE COGNITIVE
PARTIE APP

3 | PARTICIPANT

N° RPPS	NOM	PRÉNOM	STATUT	% TPS TRAVAIL*
.....

*Rubriques réservées pour les praticiens attachés, et praticiens contractuels.

SPÉCIALITÉ DU PRATICIEN

Si autre activité salariée préciser le(s) employeur(s) et le % de temps de travail

4 | FRAIS

COÛT	PÉDAGOGIE	DÉPLACEMENT	TRAITEMENT	TOTAL
N
N + 1
N + 2

Date :

J'atteste que le professionnel de santé médical est inscrit au programme DPC mentionné.

Le directeur