

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

16, RUE DE TOURAIN - 1082 TUNIS

DEMANDE DE QUALIFICATION

EN TANT QUE ☐ SPECIALISTE
☐ COMPETENT

JE SOUSSIGNE (E)

Dr _____

Inscrit(e) au C.O.M. Sous le N°

Né(e) le _____

ADRESSES Correspondance _____

Professionnelle _____

Téléphone : _____

Exerçant actuellement en tant que :

- ☐ - Médecin de libre Pratique
- ☐ - Médecin de la santé Publique
- ☐ - Médecin Hôpitalo - Universitaire
- ☐ - Autre Modalité (Précisez)

Demande à être qualifié(e) en tant que :

MEDECIN SPECIALISTE EN _____

MEDECIN COMPETENT EN _____

Je déclare avoir pris connaissance du code de Déontologie, et de la réglementation sur les qualifications (Arrêté du 15 Septembre 1982).

Je m'engage en outre à exercer exclusivement la spécialité pour laquelle j'aurais été qualifié.

DATE & SIGNATURE

Concerne le :

Docteur : _____

Inscription à l'ORDRE N°

Qualification en tant que :

☐ Spécialiste _____

☐ Compétent en _____

Date de Dépôt de la Demande

RENSEIGNEMENTS :

- Diplôme de Docteur en Médecine obtenu le _____

- Faculté de Médecine de _____

- Date d'Inscription à l'Ordre _____

- Autres Qualifications déjà accordées _____

- Mode d'Exercice
- ☐ Libre Pratique
- ☐ Hôpitalo-Sanitaire
- ☐ Hôpitalo-Universitaire
- ☐ Autre

- Observations Particulières

Pièces Jointes :

1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____
6.	_____
7.	_____

Déposés le

AVIS DE LA COMMISSION DE QUALIFICATION

DATE DE LA REUNION _____

PRESENTS

PRESIDENT

INVITES

La commissions après examens du Dossier

☐ A reconnu le Docteur _____

Qualité **Spécialiste en** _____
 Compétent en _____

☐ A rejeté la demande de qualification

Raison

☐ Demande des Informations complémentaires

Précisez

☐ Autres Décisions

Le Président

Les Membres