

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

16, RUE DE TOURNAINE - 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 se 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 :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Déposés le

AVIS DE LA COMMISSION DE QUALIFICATION

DATE DE LA REUNION _____

PRESENTS _____

PRESIDENT _____

INVITES

La commissions après examens du Dossier

A rejeté la demande de qualification

Raison

- Demande des Informations complémentaires**
Précisez
- Autres Décisions**

Le Président

Les Membres