

ATTESTATION DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

I. – Participant

Nom : BELLO

Nom de naissance (si différent du nom) :

.....

Prénom : Vincent

Date de naissance :

Adresse d'exercice principal : 189 Rue Pave App1 Terre Sainte 97410 St Pierre

Adresse électronique (facultatif) : vincent.bello@outlook.fr

Profession :

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> médecin | <input type="checkbox"/> orthoptiste | <input type="checkbox"/> opticien-lunetier |
| <input type="checkbox"/> chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> pédicure-podologue | <input type="checkbox"/> prothésiste |
| <input type="checkbox"/> sage-femme | <input type="checkbox"/> ergothérapeute | <input type="checkbox"/> orthésiste |
| <input type="checkbox"/> pharmacien | <input type="checkbox"/> psychomotricien | <input type="checkbox"/> diététicien |
| <input type="checkbox"/> infirmier | <input type="checkbox"/> manipulateur
d'électroradiologie médicale | <input type="checkbox"/> technicien de laboratoire
médical |
| <input type="checkbox"/> masseurkinésithérapeute | <input type="checkbox"/> préparateur en pharmacie | <input type="checkbox"/> aide-soignant |
| <input type="checkbox"/> orthophoniste | <input type="checkbox"/> audioprothésiste | <input type="checkbox"/> auxiliaire de puériculture |

Mode d'exercice dominant > (50%) :

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> salarié | <input type="checkbox"/> mixte | <input type="checkbox"/> service de santé des armées |
| <input checked="" type="checkbox"/> libéral | | |

II. – Numéro RPPS ou ADELI

N° RPPS : 10100914869 ou N° ADELI :

A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI (arrêté du 27 mai 1998 – Journal officiel du 17 juillet 1998).

III. – Conditions de participation

Programme pluriannuel

(oui/non) : non

en cours

Date de début : 02/07/2019

Date de fin (si en cours date envisagée) : 31/08/2019

Année(s) civile(s) de participation : 2019

L'attestation est délivrée au professionnel de santé et transmise à l'entité en charge du contrôle au titre de chaque année civile.

IV. – Organisme de DPC

Nom/sigle : MASTERCLASS SANTE

Adresse : 25 rue Marbeuf – 75008 PARIS

N° enregistrement OGDPC / Agence nationale du DPC : 8750

V. – Programme de développement professionnel continu

Intitulé du programme : **Scolioses idiopathiques de l'enfance à l'âge adulte**

Orientation nationale dans laquelle le programme s'inscrit :

Médecin spécialisé en médecine générale

- Amélioration de la pratique médicale pour les patients porteurs de pathologies chroniques et / ou de poly pathologies (approche centrée patient en prévention, diagnostic et suivi, fonction traitante du médecin généraliste)

- Troubles musculo-squelettiques et apparentés

Orientation régionale dans laquelle le programme s'inscrit (préciser la région) : France

Nom du responsable de l'organisme de DPC : **Jean Ginefri**

atteste que le professionnel de santé a participé au programme de DPC susmentionné.

Fait à Paris , 11/09/2019

Cachet et signature



Ce document est délivré au professionnel de santé ayant participé au programme de DPC. Il est également envoyé :

- au conseil compétent de l'ordre pour les professions médicales et pour les auxiliaires médicaux libéraux qui en disposent ;*
- à l'employeur d'un auxiliaire médical, aide-soignant ou auxiliaire de puériculture salarié du secteur public ou privé ;*
- à l'agence régionale de santé pour les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, qui n'exercent pas à titre salarié, et les autres auxiliaires médicaux à exercice libéral.*