

# ATTESTATION DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

## I. – Participant

Nom : CATUSSE

Nom de naissance (si différent du nom) :

.....

Prénom : Alain

Date de naissance :

Adresse d'exercice principal : 26 Rue De Zilina 92000 Nanterre

Adresse électronique (facultatif) : catu48@hotmail.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<br>d'électroradiologie médicale | <input type="checkbox"/> technicien de laboratoire<br>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 : 10000939776 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 : **Les pathologies de l'oreille externe et moyenne : otites externes, otites moyennes aiguës et otites chroniques**

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)*

*- Nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques des pathologies aiguës en premier recours.*

*- Nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques des pathologies chroniques*

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.*