**Annexe 4**

|  |
| --- |
| **Demande Individuelle de reconnaissance** **d’une activité de formation complémentaire à l’étranger****dans le cadre de l’accréditation.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Renvoyer à : | Institut national d’assurance maladie invaliditéGroupe de direction Promotion de la qualité de l’art dentaireAv. de Tervuren 211, 1150 Bruxelles. |

|  |
| --- |
| ***Demandeur*** |
|  |
| N°. INAMI : |
| Nom : |
| Rue : |
| Code Postal : | Commune : |
| Téléphone : | Adresse e-mail : |

|  |
| --- |
| ***Activité*** |
|  |
| Titre de l’activité de formation complémentaire : |
| Domaine(s) Proposé(s) : |
| Organisateur : (1) |
| Lieu de l’activité de formation : |  |
| Période :  |

|  |
| --- |
| ***Demande*** |
|  |  |
| Date de demande : | Signature : |

|  |
| --- |
| ***Reservé à l’administration et à la commission d’evaluation.*** |
|  |
| Numéro de suite :  | Date réception : | Date réception rapport : |
| Renvoyé à : | Date décision : | Date décision rapport : |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Domaine*** | Domaine Méd.  | Ethique, Org, socio-écon. | Imagerie Méd. dentaire | Prév. Dent. Cons, endo | M Med.dent.Pédiat /Ortho | Patho. Chir, Paro. Impl | Proth.CMD | Domaines combinés |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 0 |
| *UA* |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Cachet et Signature du ResponsableDe la Commission d’Evaluation : |

1. Mentionner le nom, la ville et le pays de l’organisateur.

|  |
| --- |
| **Demande Individuelle de reconnaissance** **d’une activité de formation complémentaire à l’étranger****dans le cadre de l’accréditation.** |

|  |
| --- |
| ***Demandeur*** |
|  |
| Numéro I.N.A.M.I. : |
| Nom : |

|  |
| --- |
| ***Activité*** |
|  |
| Titre de l’activité de formation complémentaire : |
| Durée : |
| Orateur(s) : |

|  |
| --- |
| Curriculum succinct (5 lignes) : |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Contenu, avec mention du planning : |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Précisions éventuelles : |
| Formation complémentaire intéressant plusieurs domaines : |
| Formation complémentaire durant plusieurs jours : |
| Faites déjà votre choix au moment de la demande, en fonction de votre futur rapport d’activité indispensable : |