**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 invalidité  Groupe de direction Promotion de la qualité de l’art dentaire  Av. 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 Responsable  De 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 : |