



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service de la santé publique SSP
Amt für Gesundheit GesA

Route des Cliniques 17, 1700 Fribourg

T +41 26 305 29 13
www.fr.ch/ssp

Demande d'autorisation de pratiquer sous surveillance

Beruf	médecin	dentiste	vétérinaire	pharmacien/ne	chiropraticien/ne
Fonction	assistant/e en formation post grade autre activité surveillée (à préciser)				

Employé/e

Nom	Sexe	F	M
Prénom/s	Date de naissance		
Nom de célibataire	Langue maternelle	ache	
Nationalité			
<i>Etrangers:</i>	Permis de séjour	B	C G Demande permis en cours
Rue, N°	Tél.		
NPZ, localité	Email		
Code GLN*			

*votre code GLN personnel est indiqué dans le registre fédéral des professions médicales (MedReg)

Employeur

Nom, prénom ou institution	
Professionnel/le supérieur/e responsable*	
*si autre que l'employeur (p.ex. dans une institution)	
Rue, N°	Tél.
NPZ, localité	Email

Durée de l'engagement/Taux d'activité

du	au	Taux d'activité	%
----	----	-----------------	---

Assurance responsabilité professionnelle

par l'employeur	autre
-----------------	-------

L'employeur doit s'assurer que l'employé/e remplit les conditions pour pratiquer sous sa surveillance, en vérifiant les données lui permettant de remplir les rubriques ci-dessus. Les pièces justificatives y relatives sont à verser au dossier personnel de l'employé/e; il n'est pas nécessaire de les mettre en annexe lors de l'envoi de ce formulaire au Service de la santé publique. Le dossier ainsi constitué peut être requis en tout temps par le Service de la santé publique dans le cadre de ses tâches de surveillance.

Lieu et Date

Signature de l'employeur

Signature du/de la prof. responsable

Signature de l'employé/e