

ATTESTATION DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

I. – Participant

Nom : _____ Nom de naissance (si différent du nom) : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse d'exercice principal : _____

Profession : médecin technicien pharmacien
Mode d'exercice dominant > (50%) : salarié libéral salarié mixte

II. – Numéro RPPS ou ADELI

N° RPPS : _____ 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**
Date de début : 01/09/2018 Date de fin (si en cours date envisagée): 31/10/2018
Année(s) civile(s) de participation : 2018
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 : **Fédération Française de Génétique Humaine (FFGH)**
Adresse : **Hôpital Necker-Service de génétique- 149 rue de Sèvres- Paris 15^{ème} arrondissement**
N° enregistrement OGDPC : **5096**

V. – Programme de développement professionnel continu

Intitulé du programme : référence n° 50961800001 : Infertilités d'origine génétique
Orientation nationale dans laquelle le programme s'inscrit :

Arrêté auquel cette orientation fait référence : **Arrêté du 8 décembre 2015, NOR: AFSH1530767A**

Nom du responsable de l'organisme de DPC : Sylvie ODENT
atteste que le professionnel de santé a participé au programme de DPC susmentionné.

Fait à, Paris

Cachet et signature