Médecins Fribourg
ÄrztInnen Freiburg

Questionnaire d'admission au sein de MFÄF : membre ordinaire

Nom :	Prénom :
Originaire de :	Date et lieu de naissance :
Etat civil :	Nom avant union :
Langue maternelle* :	E-mail :
Téléphone professionnelle :	Téléphone privé :
Domicile actuel :	Domicile futur :
Adresse professionnelle actuelle :	Adresse professionnelle future :
Date d'installation prévue :	

* si langue maternelle autre que les langues cantonales (français, allemand), vous devez joindre une attestation des connaissances linguistiques dans une de ces langues (certification au moins de niveau C1 du cadre européen commun de références pour les langues (CECR) datant au maximum de 12 mois)

Appartenance à d'autres sociétés médicales :

Titres et charges universitaires :

Fonction ou contrat privé
(hôpital, employé dans un cabinet, etc.) :

Taux d'activité en % :

Langues de consultation : ☐ français ☐ allemand ☐ italien ☐ anglais
☐ autres – précisez :

Effectuerez-vous des travaux de laboratoire ? : ☐ oui ☐ non

Effectuerez-vous des travaux de radiologie ? : ☐ oui ☐ non

Distinctions particulières :

Le candidat doit avoir deux parrains membres ordinaires de MFÄF depuis 5 ans au minimum ; ils ne doivent pas avoir fait l'objet de sanction de la part de la commission de déontologie de MFÄF.
L'un d'eux nous fera parvenir une lettre de recommandations par laquelle il s'engage également à apporter soutien et conseils au candidat dans les 2 premières années suivant son admission.

Nom du premier parrain :

Nom du deuxième parrain :

DECLARATION D'ENGAGEMENT

Je déclare, sur l'honneur, n'avoir jamais fait l'objet d'aucune condamnation ni être actuellement l'objet d'aucune plainte que ce soit devant une commission de déontologie, de surveillance ou de toute instance similaire ou devant un tribunal ou le Ministère public, en Suisse ou à l'étranger. Je m'engage à informer par écrit MFÄF de toute sanction, administrative, civile ou pénale prise par l'une des autorités mentionnées, qui serait prise à l'avenir à mon encontre.

Par ma signature, j'autorise MFÄF et la FMH à prendre contact avec les autorités et directions médicales des établissements dans lesquels j'ai exercé, employeurs, autres cantons et/ou pays, ainsi qu'avec leurs autorités judiciaires, afin de vérifier l'exactitude des renseignements fournis.

Nom et prénom :
(en majuscules) .....

Date du diplôme fédéral ou de la reconnaissance du titre de médecin : .....

Lieu et date : ..... Signature manuscrite: .....

Nous vous prions de joindre à ce questionnaire les documents suivants :

1. Curriculum vitae avec une photo passeport
2. Copie du diplôme fédéral de médecin ou équivalence
3. Copie du titre fédéral de spécialiste ou équivalence
4. Copie du diplôme de doctorat ou équivalence
5. Pour les médecins détenteurs d'un titre postgrade étranger, l'ensemble des attestations de fin de formations (notamment en hôpitaux) effectuées en vue de l'obtention de leur titre de spécialiste.
6. Copie du droit de pratique dans le canton de Fribourg
7. Un extrait (3 mois au plus) du casier judiciaire suisse ; si le candidat ne séjourne pas encore ou depuis moins de 5 ans en Suisse : les extraits originaux récents délivrés dans une des trois langues nationales ou en anglais par les autorités des pays où le candidat a séjourné pendant les 5 dernières années
8. Pour les médecins arrivant de l'étranger : les originaux des attestations récentes (3 mois au plus) de bonne conduite (« certificate of good standing ») établies dans une des trois langues nationales ou en anglais par les autorités compétentes des pays où le médecin a pratiqué

Les éléments de cette fiche ainsi que les annexes demandées restent propriété de Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg et sont conservés à son secrétariat.

Les frais d'admission uniques s'élèvent à CHF 500.-, montant qui vous sera demandé après votre admission.

Nous vous remercions de retourner votre dossier par mail à secretariat@smcf.ch