# RENOUVELLEMENT du titre de formation approfondie

# interdisciplinaire ASMPP

**Nom / Prénom:**

**Date de naissance:**

**Titre de spécialiste:**

**Recerctification:       Numéro GLN:**

**Rue:** **NPA/Lieu:**

**Tél.:** **Mobile:**

**Mail:**

**A. Formations suivies**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thème / Lieu** | **Crédits** | **Date** | **Pièce** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total A**  | **Min. 30** |  |  |

**B. Supervision / Intervision**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Supervision / Lieu** | **Crédits** | **Date** | **Pièce** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Intervision / Lieu** | **Crédits** | **Date** | **Pièce** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total B** | **Min. 60** |  |  |

**C. Activité d‘enseignant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Enseignement / Lieu** | **Crédits** | **Date** | **Pièce** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total C** |  |  |  |

**APERCU GÉNÉRAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Total** | **Crédits** | **Crédits effectués** |
| 1. Formations
 | min. 30 |  |
| 1. Supervision / Intervision
 | min. 60 |  |
| 1. Enseignement
 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Total | **min. 100** |  |

Lieu et date:

Signature / tampon:

Remarques:

Update 03.01.2008

Après écoulement d’un délai de 5 ans, l’AFC sera renouvelée pour 5 années supplémentaires, pour autant que, dans ce laps de temps, les critères de formations obligatoires soient remplis et que la taxe de redevance pour le port du titre soit payée à l’ASMPP. Sinon, l’attestation de formation complémentaire perd se validité à la fin de l’année durant laquelle son renouvellement devait avoir lieu.

En plus de la formation exigée par la société de sa spécialité FMH, un/une titulaire de l’attestation complémentaire de formation continue doit se soumettre é un audit de sa pratique professionnelle à raison de 20 heures par année (qui peuvent aussi être accomplies de manière groupée) réparties de la manière suivante :

6 - 8 crédits de formation (formation en médecine psychosomatique et psychosociale, formation accréditée, dès 2004 par l’ASMPP)

et12 - 14 crédits de supervision ou d‘intervision (supervision attestée, intervision dans un groupe d’au moins 3 personnes, attestée par les membres du groupe).

Les titulaires de l’attestation de formation complémentaire rattachés é un institut peuvent faire valoir la preuve de leur activité d’enseignant.