



palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza



Adresse

Date

Attestation pour formation postgraduée en médecine palliative

Période de formation postgraduée du _____ au _____ avec un taux d'occupation de _____ %.

Cela comprend: _____ jours d'absences au total.

Date de l'absence, du _____ au _____ à _____ %, en raison de

Date de l'absence, du _____ au _____ à _____ %, en raison de

Date de l'absence, du _____ au _____ à _____ %, en raison de

Date de l'absence, du _____ au _____ à _____ %, en raison de

Date de l'absence, du _____ au _____ à _____ %, en raison de

D'autres (durée, % et raison): _____ au _____ à _____ %, en raison de

Attestation délivrée par le directeur ou la directrice de l'institution de formation postgraduée certifiée par **palliative.ch** (institution labélisée qualitépalliative)

Lieu, date

Dr. en médecine palliative

Cachet et signature

Attestation de **palliative.ch**, que l'institution de formation postgraduée était certifiée selon les règles de **palliative.ch** pendant la période mentionnée ci-dessus.

Lieu, date

Visa direction de **palliative.ch**

Cachet et signature