

## Demande d'octroi du 20\_\_\_\_

### certificat SSO de formation postgrade en médecine dentaire Générale sur la base de dix documentations de cas synoptiques

#### Informations relatives à la personne

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet ou de la clinique : \_\_\_\_\_

NPA/lieu : \_\_\_\_\_

#### Informations relatives au diplôme

Titre : \_\_\_\_\_ Etat : \_\_\_\_\_

Diplôme en médecine dentaire : \_\_\_\_\_

Diplôme fédéral : \_\_\_\_\_

Membre de la SSO :  oui  non Section : \_\_\_\_\_

A annexer :

- Copie du diplôme ou de la reconnaissance délivrée par l'OFSP

## Octroi sur la base de dix documentations de cas synoptiques : demande d'accord préalable

Par la présente, je demande au Comité de perfectionnement professionnel de la SSO pour la médecine dentaire générale, de bien vouloir me permettre d'acquérir le certificat SSO de formation postgrade en médecine dentaire générale en présentant dix documentations de cas synoptiques traités personnellement et caractérisés par des aspects thérapeutiques variés.

**Motifs pour lesquels le certificat n'a pas pu être acquis durant la période transitoire ou ne peut être acquis en suivant le cursus de formation postgrade structurée de trois ans conduisant à son obtention :**

**(Prière de remplir directement ce formulaire par voie électronique ou de présenter un document imprimé à part composé au moyen d'un traitement de texte)**

Lieu, date :

Signature :

**Envoyer à:** Bureau pour la formation postgrade, Secrétariat BZW, Thunstrasse 7, case postale, 3001 Berne, sekretariat@bzw-ss.ch