

FICHE D'INSCRIPTION POUR LES PROGRAMMES DPC

GESTION DES RISQUES ASSOCIEES AUX SOINS EN EQUIPE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES...

DATES DE SESSION :

ORGANISME : A PAVE

DURÉE : 4 jours

PUBLIC CIBLE : Équipe « constituée » (pôle, service, secteur ou unité) ou équipe formée par les professionnels mobilisés autour de « parcours » spécifiques (interfaces intra-hospitalières, mais aussi ville/ES/médico-social par exemple).
Équipe formée de professionnels relevant de différents métiers (médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs)

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT (ET CACHET) :

ADRESSE E-MAIL DU SERVICE FORMATION :

FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR LES PERSONNELS PARAMEDICAUX

NOM
NOM DE NAISSANCE
PRENOM
DATE DE NAISSANCE
GRADE
PROFESSION
TÉL PERSO
E-MAIL
CONCERNÉ PAR LE DPC oui non
N° RPPS

FICHE DE RENSEIGNEMENT POUR LES PERSONNELS MEDICAUX

NOM
NOM DE NAISSANCE
PRENOM
DATE DE NAISSANCE
GRADE
PROFESSION
ADRESSE EXERCICE PRINCIPAL (>50%)
MODE EXERCICE DOMINANT
TÉL PERSO
E-MAIL
N° ADELI