

ATTESTATION DE PLACE DE FORMATION
POUR L'ACQUISITION DES TECHNIQUES DE RADIOLOGIES
CONVENTIONNELLE ÉLARGIE (TRCE)

..... travaille au sein du cabinet du médecin soussigné.	
Il / Elle effectuera les clichés radiologiques sous la surveillance et responsabilité d'un expert en RX	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Il lui sera possible d'effectuer les 50 clichés de preuves d'exercice requis sur la durée du cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le médecin soussigné atteste avoir la formation d'expert en RX	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Lieu et date	Timbre et signature du médecin
Dans la négative, une possibilité d'exercer la radiologie élargie dans une autre structure médicale ou radiologique est prévue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez les coordonnées du lieu et de l'expert RX.	Timbre et Signature Date :
Je renonce au cours de TRCE <input type="checkbox"/>	
Lieu et Date :	
Signature	