**Annexe 4** : Fiche de renseignement pour un praticien travaillant dans une structure multidisciplinaire

Merci de compléter cette annexe pour chaque praticien travaillant au sein de la structure multidisciplinaire, de les numéroter et de les rassembler sous un seul et même document.

Définition d'un praticien selon l'arrêté :

Article 1 - point 3

Praticiens : médecins agréés comme titulaire du titre professionnel particulier de médecin généraliste et professionnels de la santé, non médecin, disposant d'un agrément en vertu de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

|  |
| --- |
| * Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* Lieu de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |
| * Sexe : [ ]  M [ ]  F [ ]  autre
 |
| * Nationalité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |
| * Numéro de registre national : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |
| * Adresse e-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* Numéro de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Profession : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |
| * Date agrément/Visa du SPF Santé publique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
 |
| * Numéro d'agrément/Visa (+joindre preuve): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Numéro INAMI (+joindre preuve) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Le praticien a-t-il signé une convention de fonctionnement ou un contrat avec la structure multidisciplinaire (joindre en tant annexe 5) ?

[ ]  Oui[ ]  Non* Le praticien a-t-il déjà bénéficié d'une intervention du Fonds d'Impulsion, Impulseo I, selon les dispositions de l'AR du 23 mars 2012 ou travaillé dans une structure ayant bénéficié d'une intervention dans les 5 ans précédant cette demande ?

[ ]  Oui[ ]  Non**Si d'application :** * Historique des installations précédentes comprenant adresses précises

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date début | Date fin  | Nature de l'activité  | Lieu d'activité | Régime de travail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
|  |
| * Date de retour d'un pays en voie de développement Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
 |
|  |

Le soussigné certifie que les données ci-dessus sont exactes.

**Date**

**Signature**