Journal de bord

Formation continue pour **l'acquisition du titre de médecin- dentiste spécialiste en**

Renseignements personnels

Nom/prénom (veuillez souligner votre prénom)

Date de naissance

_____

Lieu de naissance/pays de naissance, le cas échéant

Grade académique : Dr. med. dent. ☐ **sonstige**_____

Autre diplôme étranger ☐ **Lequel**

.

Examen fédéral/examen d'État | | | | | | | _____

Date **lieu**

Reconnaissance de diplôme MeBeKo | | | | | | |

Date

Début de la formation continue | | | | | | |

Date

Charge de travail en % de l'emploi _____

Lieu d'accréditation
Clinique universitaire suisse d'odontologie _____

Entretien de qualification 1. Année (évaluation intermédiaire)

État de la formation continue	Buts	Date / Signature

Entretien de qualification 2. Année (évaluation intermédiaire)

État de la formation continue	Buts	Date / Signature

Entretien de qualification 3. Année (évaluation intermédiaire)

État de la formation continue	Buts	Date / Signature