

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