

# Inscription à la 1<sup>ère</sup> partie (écrite) de l'examen de spécialiste

en vue de l'obtention de la formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie  
de la personne âgée en complément du titre de spécialiste en psychiatrie et  
psychothérapie

**Mercredi, 30 octobre 2024**

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)  
Bolligenstrasse 111, 3000 Bern 60

## Identité :

Titre : \_\_\_\_\_ Madame :  Monsieur :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

## Adresse privée :

Rue : \_\_\_\_\_

C. P./ Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

## Adresse de travail :

Institution : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

C. P./ Lieu : \_\_\_\_\_



**Diplôme de médecin :**

Quand :

Où :

**Titre de spécialiste :**

Quand :

Où :

**Formation théorique (p. ex. Cours SPPA) :**

Quand :

Où :

**Lieu de formation :**

De :

À :

Hôpital :

Clinique :

Médecin

responsable:

**Lieu de formation :**

De :

À :

Hôpital :

Clinique :

Médecin

responsable:

**Lieu de formation :**

De :

À :

Hôpital :

Clinique :

Médecin

responsable:



**Lieu de formation actuel :**

Sceau et signature du responsable actuel du lieu de formation :



**Frais d'examen :**

Les frais d'examen pour l'examen écrit s'élèvent à **CHF 700.-** (la facture suivra par courrier).

Date/ Signature :

.....

**Délai d'inscription :**

Formulaire d'inscription renvoyer jusqu'au **30 août 2024** (timbre postal) à l'adresse mentionnée ci-dessous ou par e-Mail à [info@sgap-sppa.ch](mailto:info@sgap-sppa.ch).

