FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT.BE

FORMULAIRE DE DEMANDE - ATTESTATION DE CONFORMITE A LA DIRECTIVE EUROPEENNE 2005/36/CE RELATIVE A LA RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES

PROFESSION : MEDECIN, MEDECIN SPECIALISTE OU MEDECIN GENERALISTE

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire
et de la Recherche scientifique (DGENORS)
Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé
Cellule professions des soins de santé universitaire
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles
Centre de Contact : 02/690.89.40 – agrementsante@cfwb.be

Nom, prénom:		Date de naissance:
adresse de correspondance (obligatoire): Rue, n°: Localité: Code postal		Téléphone: Email:
Profession :		
Pays de destination pour le(s)quel(s) l'appliquant introduit la demande :		
Date et signature		

1. Je demande une attestation de conformité pour mon titre de :

□ Médecin
□ Médecin spécialiste
□ Médecin généraliste

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES
ENSEIGNEMENT.BE

2. Veuillez préciser la langue dans laquelle je souhaite recevoir mon attestation de conformité

□ Français
□ Anglais

3. Veuillez indiquer le pays pour lequel vous demandez une attestation de conformité :

……

4. Veuillez joindre au présent formulaire les documents suivants :

1. Copie de votre pièce d'identité ;
2. Copie de votre diplôme de Médecin ;
3. Si vous êtes détenteur d'un titre professionnel particulier de médecin spécialiste ou de médecin généraliste, vous devez **obligatoirement** nous envoyer une copie de votre arrêté ministériel d'agrément pour le titre professionnel particulier en médecine générale ou de la spécialité concernée ;

Le présent formulaire et les pièces justificatives sont à renvoyer par voie postale à l'adresse suivante :

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire
et de la Recherche scientifique (DGENORS)
Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé
Cellule des professions des soins de santé universitaire
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles
Bâtiment « Les Ateliers » - 5è étage - Bureau 5F503

Pour plus de rapidité de traitement de votre demande, nous vous invitons à envoyer votre demande par e-mail à l'adresse suivante agrementsante@cfwb.be.