|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Formulaire** |
| **C.V. INVESTIGATEUR - REHALITE** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM :** | ………………………………………………………………… | |
| **PRENOM :** | ………………………………………………………………… | |
| **DATE DE NAISSANCE** : | I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I | |
| **ADRESSE PROFESSIONNELLE :** |  | |
| Nom du service | ………………………………………………………..……………… | |
| Hôpital / Clinique/ Cabinet | ………………………………………………………..……………… | |
| Adresse complète | ………………………………………………………..…………………..……………………………………………………………………  ………………………………………………………..…………………..…………………………………………………………………… | |
| **TELEPHONE(S) :** | I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I  I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I | |
| **FAX :** | I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I | |
| **Adresse courriel** : | ………………………………………………………………………. | |
| **Année d’obtention du doctorat en médecine :** I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I | | |
| **N° d’inscription au Conseil National de l’Ordre des Médecins :** …………………………………………. | | |
| **N° RPPS :** | ………………………………………………………………………. | |
| **SPECIALITE** (qualification telle qu’elle est mentionnée sur l’attestation ordinale délivrée par le CNOM) :  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **DIPLOMES** | ………………………………………………………………………. | |
|  | ………………………………………………………………………. | |
|  | ………………………………………………………………………. | |
|  | ………………………………………………………………………. | |
|  | ………………………………………………………………………. | |
| **EXPERIENCE PROFESSIONNELLE** | ………………………………………………………………………. | |
|  | ………………………………………………………………………. | |
|  | ………………………………………………………………………. | |
|  | ………………………………………………………………………. | |
|  | ………………………………………………………………………. | |
| **FONCTIONS ACTUELLES** |  | |
| * HOPITAL | ……………………………………………………………………….………………………………………………………………………. | |
| * UNIVERSITE | ……………………………………………………………………….………………………………………………………………………. | |
| * PRIVE | ………………………………………………………………………. | |
| **FORMATION BPC** | **NOM :**………………………………………………………………  **DATE** : I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I | |
| **PARTICIPATION ANTERIEURE A DES RECHERCHES BIOMEDICALES** (en particulier dans le domaine de la recherche visée, publications éventuelles) : .....................................................................................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **DATE** : I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I | | **SIGNATURE**: |