**Modalités des attestations délivrées dans le cadre de l’intervention financière pour la formation continue suivie**

*NOTE PREALABLE: Les données mentionnées dans ce document sont les données minimales à fournir; il ne s’agit donc pas d’un formulaire type. Le document devra être adapté en fonction du nombre de sessions par formation.*

**Identification du participant :**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………….…………………..

Numéro INAMI : …………………………………………………………………………………………..

**Organisateur de la formation :**

Nom de l’organisation:…………………………….. ……………………………………………………….

Adresse :……………………………………………………………………………………………………...

Téléphone :……………………………………………………………………………………………..........

Courrier électronique :…………………………………………………………………………………….…

Nom de la personne responsable de cette formation :…………………………………………….........

**Sujet/Titre de la formation :** …………………………………………………………………….………..

**Date(s) de la formation :** ………………...…………………………………………………….………….

**Lieu(x) de la formation :** …………………………………………………………………….…………….

**Durée totale de la formation**: …………………………………………………………………………….

**Organisation de la formation :**

Sujet/Titre première session : ……………………………………………………………………...………

(cocher une des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la première session : ………………………………………………………………..…………….

Nom du formateur de la première session: ……………………………………………………...……….

Durée de la première session : ……………………………………………………………………...…….

(si applicable) Sujet/Titre deuxième session : ...…………………………………………………………

(cocher une des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la deuxième session : …………………………………………………………………………….

Nom du formateur de la deuxième session: ……………………………………………………………...

Durée de la deuxième session : ……………………………………………………………………..…….

(si applicable) Sujet/Titre troisième session : ……………………………………………….……………

(cocher uen des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la troisième session : ………………………………………………………………………...…...

Nom du formateur de la troisième session: …………………………………………………………..…..

Durée de la troisième session : …………………………………………………………………………....

**Fait à** ………………………, l**e** ………………

(signature de la personne responsable)