

# ATTESTATION DE PARTICIPATION A UN PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

## I. - Participant

Nom : **FERRAN**

Nom de naissance (si différent du nom) : **LEGRAND**

Prénom : **Catherine**

Date de Naissance : **05/03/1972**

Adresse d'exercice principal : **FERRAN Catherine Rue du cinéma 11100 NARBONNE**

Adresse électronique (facultatif) :

Profession : ☐ médecin ☐ chirurgien-dentiste ☐ sage-femme ☐ pharmacien ☐ infirmier ☐ masseur-kinésithérapeute  
☐ orthophoniste ☐ orthoptiste ☐ pédicure-podologue ☐ ergothérapeute ☐ psychomotricien  
☐ manipulateur d'électroradiologie médicale ☐ préparateur en pharmacie ☐ audioprothésiste ☐ opticien-lunetier  
☐ prothésiste ☐ orthésiste ☐ diététicien ☐ technicien de laboratoire médical ☒ aide-soignant  
☐ auxiliaire de puériculture

Mode d'exercice dominant (> 50%) : ☐ salarié ☒ libéral ☐ mixte ☐ service de santé des armées

## II. - Numéro RPPS ou ADELI

N° RPPS : **10036554782**

ou

N° ADELI :

A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI (arrêté du 27 mai 1998 - Journal officiel du 17 juillet 1998).

## III. - Conditions de participation

Programme pluriannuel (oui/non) : **Non**

☐ en cours

Date de début : **25/08/2014**

Date de fin (si en cours date envisagée) : **26/08/2014**

Année(s) civile(s) de participation : **2014**

L'attestation est délivrée au professionnel de santé et transmise à l'entité en charge du contrôle au titre de chaque année civile.

## IV. - Organisme de DPC

Nom/sigle : **DEFI DPC**

Adresse : **Rue des Pyrénées ZI Abos Tarsacq 64360 ABOS**

N° enregistrement OGDPC : **123456**

## V. - Programme de développement professionnel continu

Réf. du programme : **Formation DPC**

Orientation nationale dans laquelle le programme s'inscrit : **Orientation n° 1 : Contribuer à l'amélioration de la relation entre professionnels de santé et patients**

Orientation régionale dans laquelle le programme s'inscrit (préciser la région) : **Etre à l'écoute des patients (Aquitaine)**

Préciser l'année ou l'arrêté auquel cette orientation fait référence : **2013**

Nom du responsable de l'organisme de DPC : **Yoran ROUMEGAS**

atteste que le professionnel de santé a participé au programme de DPC susmentionné.

Fait à Abos, le 21/08/2014