

## **Demande d'adhésion au Groupe des Dermatologues Genevois (GDG) en qualité de membre ordinaire**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

Date de naissance : .....

Portable privé : ..... E-mail privé : .....

### **Données professionnelles**

Adresse :

.....  
.....

Téléphone: ..... Ligne secrète : .....

Portable : ..... E-mail : .....

### **Certificats et affiliations**

Date du titre postgrade fédéral de spécialiste en dermatologie (ou reconnaissance) :

.....

Date du droit de pratique à Genève : .....

Date d'adhésion à la Société Suisse de Dermatologie et Vénérologie : .....

Date d'adhésion à l'Association des Médecins du canton de Genève : .....

### **Activités dans un hôpital suisse en dermatologie**

Hôpital : ..... du : ..... au : .....

Hôpital : ..... du : ..... au : .....

Hôpital : ..... du : ..... au : .....

## Activité dans un hôpital suisse dans d'autres spécialités

Hôpital : ..... du : ..... au : .....

Hôpital : ..... du : ..... au : .....

Hôpital : ..... du : ..... au : .....

*Le candidat doit avoir une pratique de 3 ans minimum dans un hôpital suisse, avec au minimum un an d'exercice dans la spécialité en Dermatologie et Vénérologie.*

**Parrain 1** : .....

**Parrain 2** : .....

*Les parrains doivent être admis eux-mêmes depuis plus de deux ans. Les parrains se portent garants du membre parrainé et s'engagent à intervenir auprès de celui-ci en cas de difficulté ou de conflit.*

Je joins à cette demande une **lettre de mes deux parrains**

Je joins à cette demande un **curriculum vitae professionnel**

Je déclare, sur l'honneur, n'avoir jamais fait l'objet d'aucune condamnation ni être actuellement l'objet d'aucune plainte que ce soit devant une commission de déontologie, de surveillance ou de toute instance similaire ou devant un tribunal pénal, en Suisse ou à l'étranger.

Par ma signature, je déclare avoir pris connaissance des statuts du GDG et je m'engage, si ma demande est acceptée, à les respecter et à me conformer aux décisions prises par le GDG, y compris les sanctions qu'il pourrait prendre à mon endroit.

J'autorise le GDG à prendre contact avec les autorités et directions médicales des établissements dans lesquels j'ai exercé, employeurs, autres cantons et / ou pays, afin de vérifier l'exactitude des renseignements fournis.

Date : .....

Signature : .....

*Ce formulaire est à retourner au président du GDG, par e-mail [contact@gdg-derma.ch](mailto:contact@gdg-derma.ch) ou par poste à Alexandre Campanelli, avenue de la Roseraie 76A, 1205 Genève*