**Fachexpertin:Fachexperte für die Anerkennung der Weiterbildung**

**«Fachfrau:Fachmann Operationslagerung»**

**Expert(e) spécialisé(e) pour la reconnaissance de la formation continue**

**« Assistante spécialisée / Assistant spécialisé en positionnement opératoire »**

Name, Vorname / *Nom, prénom*

Anschrift (Adresse, Telefon, E-Mail) / *Adresse, téléphone, adresse e-mail*

Muttersprache / *Langue maternelle*

Weitere Sprachen (schriftlich und mündlich verhandlungssicher) / *Autres langues (écrit et oral niveau de négocitation)*

Fachliche Qualifikation auf Tertiärstufe mit einem Schwerpunkt im Operationsbereich / *Qualification professionnelle de niveau tertiaire avec une spécialisation dans le domaine opératoire*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Abschluss/Titel *Diplôme/titre* | Ausbildungsinstitution *Institution de formation* | Abschlussjahr*Année de fin de formation* |
| 1 |       |       |       |
| 2 |       |       |       |
| 3 |       |       |       |
| 4 |       |       |       |

praktische Erfahrung im Operationsbereich / *expérience pratique dans le domaine opératoire*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Tätigkeit/Funktion*Activité/fonction* | Arbeitgeber *Employeur* | Von … bis …*Du ... au ...* |
| 1 |       |       |       |
| 2 |       |       |       |
| 3 |       |       |       |
| 4 |       |       |       |

Jetzige Tätigkeit, Funktion / *Emploi actuel, fonction*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Tätigkeit/Funktion | Arbeitgeber  | seit … |
|  |       |       |       |
|  |       |       |       |

Aus-/Weiterbildung oder Tätigkeit/Funktion, die Ihre Kenntnis der Bildungssystematik und der Curricula im Gesundheitswesen belegen (bspw. Dozentin:Dozent HF oder Bildungsverantwortliche Person eines Spitals im Operationsbereich) / Formation initiale/continue ou fonction attestant de votre connaissance du système de formation et des curriculums dans le domaine de la santé *(p. ex. Enseignant:e en école supérieure ES ou responsable de formation d'un hôpital dans le* *domaine opératoire)*

Datum / *Date*

Bitte ausgefüllt zurückschicken an / A renvoyer dûment rempli à info@odasante.ch