**Attestation SGKN - Examens**

**pour le certificat SSNC**

**complémentaire en ultrason neuromusculaire**

**Formateur / Formatrice**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom |  |
| Centre de formation |  |
| No. Tél. |  |
| Adresse-e-mail |  |

**Candidat / Candidate**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom,Prénom |  |
| Date de naissance |  |

**Durée de formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Période de formation | du | au |
| Taux d‘activité % |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| SSNC ENMG-certificat | oui  non |
| 200 examens ENMG réalisés de façon indépendante | oui  non |
| **Formation A (formation indépendante)** |  |
| Réalisation de 200 examens de nerfs 100 sonographies musculaires (formation indépendante) et assiste à au moins 32 heures de formation continue sous la forme de cours des sonographie nerveuse et musculaire | oui  non |
| **Formation B (formation supervisée)** |  |
| Réalisation de 200 examens de nerfs 100 sonographies musculaires (formation supervisée) et assiste à au moins 32 heures de formation continue sous la forme de cours des sonographie nerveuse et musculaire | oui  non |

Lieu/Date: Signature Candidat(e) Signature et sceau du formateur/formatrice

**Remarque importante :**

Ce formulaire doit être soumis avec l'inscription à l'examen.