**Nom** :                      **Prénom** :

**Date de Naissance** :

**Qualification** : Chirurgie générale [ ]  Chirurgie viscérale et digestive [ ]

**Année d'obtention du diplôme** :

**Faculté ayant délivré l'obtention du diplôme** :

**Année d’entrée dans l’accréditation des médecins** :

**Lieux d’exercice actuel** :

Etablissements de santé dans lesquels vous avez effectué votre activité professionnelle dans les 10 dernières années :

**Mode d’exercice dominant :**

[ ]  Libéral

[ ]  Salarié

[ ]  Mixte

**Activité professionnelle prédominante :**

[ ]  chirurgie des parois de l'abdomen

[ ]  chirurgie de l’obésité morbide et / ou gastro-oesophagienne

[ ]  chirurgie endocrinienne

[ ]  chirurgie générale de l’enfant

[ ]  chirurgie d’urgence chez l’adulte

[ ]  chirurgie cancérologique, éventuellement élargie aux organes de voisinage

[ ]  chirurgie colorectale et proctologique

[ ]  chirurgie hépatobiliaire et pancréatique.

**Avez-vous participé à des activités transversales au sein de votre établissement :**

[ ]  Gestion des risques

[ ]  CLIN

[ ]  CLUD

[ ]  CME

[ ]  RCP

[ ]  Conseil de bloc

Autres (préciser) :

**Avez-vous participé à des activités hors de votre établissement :**

[ ]  Conseil de l’ordre

[ ]  Société savante

[ ]  URPS

[ ]  Conseil Nationale Professionnel

[ ]  Club

Autres (préciser) :

Etes-vous expert judiciaire ? oui [ ]  non [ ]

 Si oui :

Participez vous à des activités d’expertise judiciaire mettant en cause des médecins ? oui [ ]  non [ ]

Votre intervention concerne-t-elle  la défense : [ ]  des patients [ ]  des médecins

Je soussigné(e), Docteur / Professeur                                               :

* m’engager personnellement dans une démarche d’accréditation des médecins
* m'engager sur une durée de trois ans minimum pour assurer les fonctions d'expert auprès de l'OAA FCVD.
* m’engager à participer aux sessions de formations organisées par la FCVD
* avoir renseigné ma déclaration de conflits d'intérêt de manière sincère et honnête.
* m'engager à observer les règles de confidentialité définies par la FCVD
* m’engager à ne pas prendre en charge les déclarations d’évènements indésirables associés aux soins (EIAS) pour lesquels mon objectivité ne serait pas assurée.
* m’engager à respecter le règlement intérieur de l’OA FCVD

Merci de renvoyer ce document dûment complété, daté et signé par emai et **joindre à ce dossier un Curriculum vitae et une lettre de motivation** à adresser par email à la FCVD : fcvd.oa.dpc@gmail.com

Date :                           Signature