**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](mailto:fcvd.oa.dpc@gmail.com)

Date :                           Signature