

ANNEXE : ATTESTATION DE FONCTION (à remplir le cas échéant)

DEMANDE D'EXTENSION D'EXERCICE EN :

.....

NOM : **Prénom :**

Hôpital :

Service :

A remplir par l'établissement d'exercice

Je soussigné (e) :

Poste occupé dans le service :

Certifie que le Docteur :

A exercé dans l'établissement et le service cités ci-dessus en qualité de :

.....

Durant la / les période (s) suivante (s) :

.....

.....

.....

.....

Cette attestation est établie à la demande de l'intéressé (e), dans le cadre de sa demande d'extension de son droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante, pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date :

**Visa Administration hospitalière
(Département d'Information Médicale)**

Visa Président de la CME

Visa Chef de service

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accompli par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende » ([code pénal, art. 441-6](#)).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins se réserve la possibilité de vérifier l'exactitude des déclarations figurant dans ce dossier et l'authenticité des documents joints.