**Formulaire physioswiss Pool de compétences**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identité** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Veuillez joindre votre **curriculum vitae** au formulaire (max. 2 pages de format A4). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° de membre physioswiss | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | Année de naissance | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | |
| Prénom/nom | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse e-mail | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | |
| Langue | | | Allemand | | | | | | | | | Français | | | | | | | | | | Italien | | | | | | |
|  | | |  | | oral | | | écrit | | | |  | | oral | | | | écrit | | | |  | oral | | | écrit | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | |
| **Domaine d’activité Physiothérapie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Type d’activité | | | Employé | | | | | | | Fonction de direction | | | | | | | | | | Activité d’enseignement | | | | | | | | |
|  | | | Indépendant | | | | | | | Activité de recherche | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | |
| Lieu de travail | | | Cabinet individuel | | | | | | | Cabinet de groupe | | | | | | | | | | Grand cabinet | | | | | |  | | |
|  | | | Haute école spécialisée | | | | | | | Fondation | | | | | | | | | | Hôpital/clinique | | | | | |  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | soins aigus | | | rééducation | | long terme | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | |
| Domaine(s) de spécialité | | | MSQ | | | | | | | OIV | | | | | | | | Gériatrie | | | | | | Autres : *(veuillez les indiquer)*  Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | |
|  | | | Psychosomatique | | | | | | | Pédiatrie | | | | | | | | NMS | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | |
| **Formation initiale et post-formation** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diplôme d’ES | BSc | | | | | MSc | | | MAS | | | | | | | PhD | | | | | Spécialiste clinique physioswiss | | | | | | | |
| Titre du mémoire de Master | | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titre de la thèse de doctorat | | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres diplômes / Titres de cursus de formation complets | | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | |
| **Compétences spécifiques acquises par l’expérience professionnelle et la formation continue** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recherche | | Gestion de la qualité | | | | | Marketing / communication | | | | | | | Politique | | | | | Économie | | | | | Santé publique | | Gestion de projet | | |
| Numérisation  (e-health / e-dossier, etc.) | | Méthodologie / didactique | | | | | Leadership / management | | | | | | | Conseil / supervision | | | | | Droit | | | | | Économie de la santé | | | | |
| Autres *(veuillez les indiquer)* | | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Réseau** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Affiliations (physiothérapie/médecine gén./politique, etc.) | | | | | | | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réseau au sein du système de soins | | | | | | | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Réseau hors du système de soins | | | | | | | | | | | Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Le cas échéant, je souhaite que l’on s’adresse à moi pour :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Collaboration au sein de  comités | | | | Expert / interlocuteur  fournissant des  renseignements | | | | | | | | | Conférencier/ conférencière | | | | Autres *(veuillez en indiquer la nature)*  Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Remarques / Je souhaite souligner ceci en matière de centres d’intérêt/de compétences** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cliquez ou tapez ici pour saisir votre texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Vos indications ne sont utilisées et traitées qu’à des fins internes à l’association.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |