

Demande de validation du dossier de la personne responsable des soins

Nom de l'organisation de soins à domicile :

Demande de validation du dossier de : Veuillez cocher ☐ M. ou ☐ Mme

NOM		Prénom		Date de naissance (jj.mm.aaaa)	
------------	--	---------------	--	------------------------------------------	--

Check-list à compléter et à transmettre à la DGS avec le dossier du/de la candidat/e. Tous les documents et pièces du dossier doivent être rédigés en français ou accompagnés d'une traduction certifiée conforme. Tout dossier incomplet sera retourné.

A		B	Cocher lorsque vous avez joint le document A et - ou renseigné la colonne B
Documents à joindre ↓	Informations à fournir →	Renseignements complémentaires	
1	Date de début d'activité en tant que responsable des soins →		
2	Taux d'activité (minimum 80%) →		
3	Nationalité →		
4	Pour les étrangers : copie du permis de séjour		
5	Pour les étrangers : copie du permis de travail		
6	Le cahier des charges		
7	L'organigramme actualisé de la direction des soins		
8	CV à jour faisant mention : • des taux d'activité et des dates de début et de fin des emplois précédents.		
9	Copie de tous les certificats de travail		
10	Formations : copie de tous les titres obtenus <small>Le candidat est responsable d'obtenir les titres lorsque ceux-ci sont perdus. A défaut, la formation ne peut être retenue.</small>	Tous les titres étrangers relatifs aux professions de la santé doivent être homologués par la Croix Rouge Suisse.	
11	<u>Connaissance de base en soins infirmiers :</u> Diplôme d'infirmier reconnu (titre unifié en soins généraux, niveau II)	Nom du titre obtenu : Délivré le : Ecole :	
12	Si diplôme étranger : une copie de l'homologation de la Croix Rouge Suisse	Tous les diplômes étrangers doivent être accompagnés de l'homologation de la Croix Rouge Suisse.	
13	<u>Connaissances spécifiques complémentaires en clinique :</u> copie des titres des formations postgrades certifiantes. <small>Le candidat est responsable d'obtenir les titres lorsque ceux-ci sont perdus. A défaut, la formation ne peut être retenue.</small>	Nom du titre obtenu : Délivré le : Ecole :	
14	<u>Connaissances spécifiques complémentaires en gestion :</u> copie des titres des formations postgrades certifiantes. <small>Le candidat est responsable d'obtenir les titres lorsque ceux-ci sont perdus. A défaut, la formation ne peut être retenue.</small>	Nom du titre obtenu : Délivré le : Ecole :	
15	Nom et date de début des formations <u>postgrades en cours</u> →		
16	Nom et date des <u>formations postgrades prévues</u> →		
17	Si aucune ou une seule formation spécifique postgrade réalisée, veuillez nous indiquer si vous avez un/e autre infirmier/ère disposant de la ou des formations requises →	Cas échéant, joindre une copie du dossier complet de cette personne.	

Pour l'organisation de soins à domicile :

Nom : Prénom : Fonction :

Lieu : Date : Signature :