



Direction générale de la santé  
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la Pontaise  
Avenue des Casernes 2  
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00  
autorisation.pratiquer@vd.ch  
www.vd.ch/dgs

# AUTORISATION DE PRATIQUER

CHUV/Unisanté, FHV, Vaud Cliniques

## CHEF DE CLINIQUE / MEDECIN-CADRE / MEDECIN HOSPITALIER

### Catégorie D1 (1<sup>er</sup> emploi)

**Médecin dépendant n'ayant pas exercé au moins 3 ans dans un établissement reconnu ISFM  
(soumis à la limitation de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins)**

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (article 76 alinéa 4)

Nom et adresse du futur employeur: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de la personne engagée : \_\_\_\_\_

Nom avant le mariage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Femme  Homme

Adresse privée : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Permis : \_\_\_\_\_

Diplôme fédéral ou attestation de reconnaissance : \_\_\_\_\_

Délivré par : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Titre postgrade fédéral : \_\_\_\_\_

Délivré par : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Date d'engagement prévue: du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Fonction dans l'établissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ Pourcentage d'activité prévu : \_\_\_\_\_

Coordonnées du dernier employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Timbre, signature du futur employeur : \_\_\_\_\_



Direction générale de la santé  
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la Pontaise  
Avenue des Casernes 2  
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00  
autorisation.pratiquer@vd.ch  
www.vd.ch/dgs

# AUTORISATION DE PRATIQUER

CHUV/Unisanté, FHV, Vaud Cliniques

## CHEF DE CLINIQUE / MEDECIN-CADRE / MEDECIN HOSPITALIER

### Catégories D2/D3

**Médecin dépendant n'ayant pas exercé au moins 3 ans dans un établissement reconnu ISFM  
(soumis à la limitation de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins)**

Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (article 76 alinéa 4)

Nom et adresse du futur employeur: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de la personne engagée : \_\_\_\_\_

Nom avant le mariage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Femme  Homme

Adresse privée : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Permis : \_\_\_\_\_

Diplôme fédéral ou attestation de reconnaissance : \_\_\_\_\_

Délivré par : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Titre postgrade fédéral : \_\_\_\_\_

Délivré par : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Date d'engagement prévue: du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Fonction dans l'établissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ Pourcentage d'activité prévu : \_\_\_\_\_

Coordonnées du dernier employeur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Timbre, signature du futur employeur : \_\_\_\_\_

### Contre signature du médecin engagé

Par ma signature, j'atteste être apte (physiquement et psychiquement) à exercer ma profession et confirme n'avoir jamais fait l'objet d'une procédure quelconque à mon encontre.

Signature : \_\_\_\_\_

## Documents à joindre à la demande d'autorisation de pratiquer Chef de clinique / médecin-cadre / médecin hospitalier

### Catégorie D1 – 1<sup>er</sup> emploi (Chef de clinique, médecin-cadre, médecin hospitalier)

Médecin dépendant n'ayant pas exercé au moins 3 ans dans un établissement reconnu ISFM (soumis à la limitation de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins)

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copie du diplôme fédéral de médecin ou de l'attestation fédérale de reconnaissance MEBEKO ;
- Copie de l'attestation fédérale de reconnaissance MEBEKO du titre postgrade ;
- Copie d'un extrait récent (datant de moins de 6 mois) du casier judiciaire ; Copie d'un extrait récent (datant de moins de 6 mois) du casier judiciaire ; si vous résidez depuis moins de 6 mois en Suisse, merci de fournir également le casier judiciaire de votre dernier pays de résidence
- Certificat médical (datant de moins de 6 mois) attestant de l'aptitude physique et psychique à exercer la profession (formulaire officiel téléchargeable), établi par un médecin autorisé à pratiquer en Suisse ;
- Si vous arrivez de l'étranger et que vous y avez pratiqué, fournir un certificat de situation professionnelle récent (moins de 3 mois) et original, délivré par l'Ordre National des médecins qui atteste que vous n'avez eu ni sanction disciplinaire ni retrait d'autorisation de pratiquer. Si le document a été délivré par voie électronique, prière de joindre également l'e-mail d'accompagnement.
- Attestation de langue C1 DALF pour les personnes n'étant pas francophones ou n'ayant pas fait leurs scolarité et/ou études en français ;
- Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible ;
- Spécimen de signature ;
- Demande motivée de dérogation à la clause du besoin (justifiant un besoin).

Un émolument de CHF 750.- est demandé pour cette autorisation.

# DOCUMENTS

A joindre à la demande d'autorisation de pratiquer

## **Catégorie D2 – Ayant déjà exercé une fonction de chef de clinique, médecin-cadre et/ou médecin hospitalier dans le canton de Vaud**

### **Médecin dépendant n'ayant pas exercé au moins 3 ans dans un établissement reconnu ISFM (soumis à la limitation de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins)**

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Certificat(s) de travail ;
- Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible (en cas de quelconque changement) ;
- Spécimen de signature ;
- Demande motivée de dérogation à la clause du besoin (justifiant un besoin).

Un émolument de CHF 125.- est demandé pour cette nouvelle autorisation (changement de lieu de pratique).

## **Catégorie D3 – Ayant déjà exercé une fonction de chef de clinique, médecin-cadre et/ou médecin hospitalier en Suisse**

### **Médecin dépendant n'ayant pas exercé au moins 3 ans dans un établissement reconnu ISFM (soumis à la limitation de facturer à charge de l'assurance obligatoire des soins)**

- Formulaire de demande d'autorisation de pratiquer dûment complété et signé par l'employeur ;
- Curriculum vitae à jour ;
- Copies de toutes les autorisations de pratiquer délivrées par d'autres cantons ;
- Original ou copie certifiée conforme des attestations récentes (3 mois au plus) de bonne conduite (« certificate of good standing », attestant la validité de l'autorisation et l'absence de mesures administratives ou disciplinaires/des procédures en cours visant une telle mesure) établies par les autorités des cantons vous ayant délivré une autorisation de pratique ;
- Certificat(s) de travail ;
- Attestation de langue C1 DALF pour les personnes n'étant pas francophones ou n'ayant pas fait leurs scolarité et/ou études en français ;
- Copie d'une pièce d'identité valide avec photo visible (en cas de quelconque changement) ;
- Spécimen de signature ;
- Demande motivée de dérogation à la clause du besoin (justifiant un besoin).

Cette autorisation est gratuite (loi du 6 octobre 1995 sur le marché intérieur).