

FORMATION À LA RADIO- PROTECTION DES PATIENTS

Responsable :
Docteur Éric Leforestier

Eric.Leforestier@unice.fr



Formation obligatoire pour tous les praticiens et mise à jour au minimum tous les 10 ans

Votre formation en 2 temps :



A votre rythme de chez vous une partie en e-learning de 5 heures sur une plate-forme dédiée dans l'organisme de votre choix



Une séance présentielle de 17h à 21h



Lieu de formation :

Faculté de Chirurgie dentaire
24, avenue des Diablos Bleus
06357, Nice Cedex
Campus Saint Jean d'Angély



FORMATIONS COURTES INSCRIPTION & RENSEIGNEMENTS

Service de la Formation Continue de
l'Université Nice-Sophia Antipolis - ASURE
Formation

Contact :
odontologie.formations-courtes@unice.fr

Tel : 04 89 15 22 09

DATES : mercredi 9 janvier 2019

TARIF : 150 €

PUBLIC : Chirurgien-dentiste

EFFECTIF MAXIMUM : 90

TYPE DE FORMATION : En présentiel

PRÉ-REQUIS : Attestation de validation de
l'e-learning (Organisme extérieur)

FORMATEURS :

Dr Michel Sévalle - Pratique libérale

Pr Marc Bolla - PU-PH

Dr Éric Leforestier - MCU-PH

Programme :

- * Le programme de cette formation répond strictement aux derniers objectifs assignés par l'ASN (01/10/2015)
- * Présentation de situations concrètes et de cas cliniques en relation avec des objectifs pédagogiques de première importance :

I - Mettre en œuvre de façon opérationnelle les principes :

- De justification des expositions
- D'optimisation de la radioprotection

II - Analyser sa pratique professionnelle sous l'angle de la gestion des risques, de la justification des expositions et de l'optimisation de la radioprotection pour l'améliorer.

Contrat de formation professionnelle
(article L6353-4 du Code du travail)

Entre :

Raison ou dénomination sociale : Service de la Formation Continue de l'Université Nice Sophia Antipolis – ASURE Formation

Adresse de l'organisme : Pôle Universitaire Saint Jean d'Angély - 24 Avenue des Diables Bleus - 06357 NICE CEDEX 4

N° déclaration d'existence : 93.06.P0048.06

Numéro Siret : 1906 09313 00480

Représenté par le Directeur : Monsieur Hubert LASSERRE

et :

le contractant ci-après désigné le stagiaire :

Nom - Prénom :

.....

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

est conclu un contrat de formation professionnelle en application de l'article L6353-4 du Code du travail.

Article 1 : Objet

En exécution du présent contrat, l'organisme de formation s'engage à organiser la préparation à la formation suivante :

Intitulé du (ou des) module(s) : **RADIOPROTECTION DES PATIENTS** (module en présentiel).

Dont le contenu, les moyens pédagogiques, techniques et d'encadrement et les modalités d'évaluation figurent dans la plaquette pédagogique qui a été remise.

Article 2 : Nature et caractéristiques de l'action de formation

L'action de formation entre dans la catégorie des actions d'entretien ou de perfectionnement des connaissances.

La préparation a pour objectif l'acquisition des connaissances du (ou des) module(s) suivi(s).

Cette formation se déroulera le mercredi 9 janvier 2019.

A l'issue de la formation, une attestation de stage correspondant aux enseignements effectivement suivis sera délivrée.

Article 3 : Délai de rétractation

Le stagiaire peut dans les 10 jours qui suivent la signature du contrat, se rétracter par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le stagiaire, qui exerce son droit de rétractation dans le délai prévu, n'est redevable d'aucune somme envers ASURE Formation (Art L6353-5 Code du Travail).

Article 4 : Dispositions financières

Le prix de l'action de formation est fixé à : 150 €

Le paiement est effectué à l'entrée en formation par chèque à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Nice Sophia Antipolis et à adresser avec le contrat.

Article 5 : Interruption de stage

Si le stagiaire est empêché de suivre la formation par suite de force majeure dûment reconnue, le contrat de formation professionnelle est résilié. Dans ce cas, seules les prestations effectivement dispensées sont dues au prorata temporis de leur valeur prévue au présent contrat (L6353-7 du Code du travail). Cependant, les droits d'inscription à l'examen ne sont en aucun cas remboursés. La force majeure est caractérisée par l'événement imprévisible, irrésistible et extérieur qui empêcherait le suivi des cours.

Article 6 : Assiduité du stagiaire

Le stagiaire doit fréquenter régulièrement le stage. Il doit justifier de sa présence par le biais d'une feuille d'émargement.

Article 7 : Règlement intérieur

Le stagiaire est tenu au respect d'un règlement intérieur qui lui est communiqué à l'entrée en formation.

Article 8 : Protection sociale du stagiaire

Le stagiaire conserve le régime de sécurité sociale auquel il était affilié avant l'entrée en formation pendant la durée de son stage (L. 6342-1 du Code du travail).

Article 9 : Cas de différend

Si un différend ne peut être réglé à l'amiable, il sera réglé par le tribunal compétent, le tribunal administratif de Nice

Fait en double exemplaire, à Nice, le

Le stagiaire
Lu et approuvé

Pour l'organisme
Le Directeur d'ASURE Formation
Hubert LASSERRE
Lu et approuvé

N° FORMATIC
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
N° convention
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|



N° FCA
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année Universitaire 2018 - 2019

FORMATION RADIOPROTECTION DES PATIENTS

Madame Monsieur :

NOM :

NOM d'épouse :

Prénom :

Profession du candidat :

ASURE Formation

Accueil et Service de
l'Université pour les Relations
avec les Entreprises

Campus Saint Jean d'Angély
24, avenue des Diablos Bleus
06357 NICE CEDEX 4

Tél : 04 89 15 22 09

<mailto:sylvain.droyer@unice.fr>
<http://www.unice.fr/asure>

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

ETAT CIVIL

SEXE : M

F

AGE : | _ | _ |

NOM patronymique : | _____ |

NOM d'usage : | _____ |

Prénom1 : | _____ |

Prénom2 : | _____ |

Né(e) le | _ | _ | _ | _ | _ | _ | à : | _____ | Département ou pays : | _____ |

NATIONALITE : | _____ |

N° SIRET : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | N° Sécurité Sociale : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

SITUATION FAMILIALE :

1 Seul sans enfant

2 Couple sans enfant

3 Seul avec enfant

4 Couple avec enfant

ADRESSE FIXE

| _____ | Code Postal | _____ |

| _____ | Commune | _____ |

| _____ | Pays | _____ |

Tél. Domicile : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Tél. Portable : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Tél. Professionnel : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

E-mail : | _____ |

SITUATION SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE :

En quelle année avez-vous interrompu vos études initiales : | _ | _ | _ | _ | Lieu Département : | _ | _ |

et lesquelles | _____ |

Plus haut diplôme avant l'entrée dans la formation suivie : | _____ |

Spécialité : | _____ | Niveau de formation : | _____ |

Le stagiaire soussigné certifie exact les renseignements portés sur ce document.

A NICE, le

Signature obligatoire :

PIECES A REMPLIR ET A COMPLETER

Le dossier d'inscription à remplir entièrement, avec le plus grand soin et sans rature

PIECES A FOURNIR

1 chèque d'un montant de 150 euros à l'ordre de l'Agent Comptable de l'UNS

1 Relevé d'identité bancaire

1 feuille de soins annulée