**ATTESTATION DE PARTICIPATION À UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU**

I. − Participant

Nom : **JARDIM ISABELLE**

Prénom : **JARDIM ISABELLE**

Adresse d’exercice principal :

Adresse électronique : **isabellejardim@hotmail.fr**

Profession :

* médecin
* chirurgien-dentiste
* sage-femme
* pharmacien
* infirmier
* masseur-kinésithérapeute
* orthophoniste
* orthoptiste
* pédicure-podologue
* ergothérapeute
* psychomotricien
* manipulateur d’électroradiologie médicale
* préparateur en pharmacie
* audioprothésiste
* opticien-lunetier
* prothésiste
* orthésiste
* diététicien
* technicien de laboratoire médical
* aide-soignant
* auxiliaire de puériculture

Mode d’exercice dominant > (50%) :

* salarié
* libéral
* mixte
* service de santé des armées

II. – Numéro RPPS ou ADELI

N° RPPS : **10107925512** ou N° ADELI : ........................................

*A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI (arrêté du 27 mai 1998 – Journal officiel du 17 juillet 1998).*

III. – Conditions de participation

Programme pluriannuel (oui/non) : **OUI**  ❑ en cours

Date de début : **06/05/2024**

Date de fin : **07/05/2024**

Année(s) civile(s) de participation : **2024**

*L’attestation est délivrée au professionnel de santé et transmise à l’entité en charge du contrôle au titre de chaque année civile.*

IV. – Organisme de DPC

Nom/sigle : **EKOFORMA**

Adresse : **90 rue Jean de la Bruyère 13320 Bouc Bel Air**

N° enregistrement OGDPC / Agence nationale du DPC : **99LH**

V. − Programme de développement professionnel continu

Intitulé du programme : Évaluation et amélioration de la pertinence Du parcours de soin du patient insuffisant cardiaque chronique Orientation nationale dans laquelle le programme s’inscrit : **N°178 : Soins et surveillance des patients souffrant de pathologies cardiaques** Orientation régionale dans laquelle le programme s’inscrit (préciser la région) :...................................

Préciser l’année ou l’arrêté auquel cette orientation fait référence : **l’arrêté du 7 Septembre 2022 et l’arrêté du 8 Décembre 2022**

Nom du responsable de l’organisme de DPC : **Monsieur ZAFER MOHAMED - Président directeur général** atteste que le professionnel de santé a participé au programme de DPC susmentionné.

Fait à Bouc Bel Air, le 07/07/2024

Cachet et signature

*Ce document est délivré au professionnel de santé ayant participé au programme de DPC. Il est également envoyé :*

* *au conseil compétent de l’ordre pour les professions médicales et pour les auxiliaires médicaux libéraux qui en disposent ;*
* *à l’employeur d’un auxiliaire médical, aide-soignant ou auxiliaire de puériculture salarié du secteur public ou privé ;*
* *à l’agence régionale de santé pour les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, qui n’exercent pas à titre salarié, et les autres auxiliaires médicaux à exercice libéral.*