



MTC

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE SUISSE

Demande d'adhésion en qualité de membre A avec formation conformément à l'OrTra MA

PHOTO
prière d'agrafer

Ce formulaire est destiné aux
- titulaires de certificats en MTC
- naturopathes avec diplôme fédéral en MTC

La décision vous sera notifiée par écrit dans un délai de 3 semaines.

Renseignements sur l'identité: (Veuillez écrire en CAPITALES)

M - Mme	Titre	
Nom	Prénom	
Rue / No.	Code postal/Localité	Canton
Téléphone privé	Date de naissance	
Téléphone cellulaire	Email	

Adresse du cabinet:

Nom du cabinet	<input type="checkbox"/> salarié	<input type="checkbox"/> indépendant
Rue / No.	Code postal/Localité	Canton
Téléphone professionnel	Email	
Fax	Site web	

Demande de reconnaissance en qualité de:

<input type="checkbox"/> Acupuncteur/trice dipl. APS-MTC	<input type="checkbox"/> Herbaliste dipl. APS-MTC
<input type="checkbox"/> Thérapeute Tuina dipl. APS-MTC	

J'accepte que des informations soient envoyées aux parties intéressées (compagnies d'assurance maladie, organisations de patients, etc., pas à des fins commerciales) ou de les publier sur les listes de l'Association professionnelle suisse de MTC.

Je confirme l'exactitude de toutes les informations. Je comprends que les documents incomplets entraîneront des retards ou seront renvoyés. Je ne joins que des copies, pas d'originaux irremplaçables.

Je reconnais que le droit d'entrée est de 400 CHF.

Localité / Date _____ Signature _____



Guide de demande d'adhésion en qualité de membre A

pour thérapeutes avec formation conformément à l'OrTra MA

Devenir membre A en 3 étapes

Ce guide et la liste de contrôle vous aident à compiler complètement le dossier. Les dossiers incomplets retardent la décision.

-
1. Remplissez ce formulaire d'inscription et agrafez-y votre **photo** .
 2. compilez vos documents à l'aide de la liste de contrôle Veuillez noter que l'extrait du **casier judiciaire ne doit pas être daté de plus de 6 mois**.
 3. Attachez la **liste de pointage** remplie et signée.



Liste de pointage pour la demande d'adhésion en qualité de membre A avec formation conformément à l'OrTra MA

Ce formulaire est destiné aux

- titulaires de certificats en MTC
- naturopathes avec diplôme fédéral en MTC

Avant d'introduire votre demande et les documents qui l'accompagnent, vous devez utiliser cette liste de contrôle pour vérifier si vous remplissez toutes les conditions requises.

N'envoyez que des copies de vos confirmations - pas d'originaux.

Une fois que vous avez tout rassemblé, faites une copie de l'ensemble du dossier et envoyez la demande.

Pointage – tout fait?	Documents requis	Soumis plus tôt
Pour titulaires de certificats en MTC <input type="checkbox"/> Je peux présenter le certificat OdA AM en MTC et une confirmation du mentor de 200 heures de pratique professionnelle dans le cadre du module M7 (voir page 6).	<input type="checkbox"/> Certificat OrTra MA <input type="checkbox"/> Confirmation du mentor	<input type="checkbox"/>
Pour naturopathes avec diplôme fédéral en MTC <input type="checkbox"/> Je suis naturopathe avec diplôme fédéral en MTC.	<input type="checkbox"/> diplôme fédéral en naturopathie <input type="checkbox"/> annex au diplôme (branches optionnelles)	
<input type="checkbox"/> J'ai intégralement rempli la demande (photo comprise)	<input type="checkbox"/> Formulaire intégralement rempli	
<input type="checkbox"/> J'ai demandé un extrait de casier judiciaire central suisse ou j'ai un extrait de casier judiciaire central suisse qui n'a pas plus de 6 mois.	<input type="checkbox"/> Extrait de casier judiciaire central suisse (pas plus de 6 mois)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> J'ai rempli le questionnaire complémentaire sur la situation juridique.	<input type="checkbox"/> Questionnaire complémentaire sur la situation juridique	

Localité / Date

Signature



Questionnaire complémentaire sur la situation juridique

Afin de garantir la conformité avec les valeurs juridiques, éthiques et morales élevées de la profession de thérapeutes et de préserver la réputation de sérieux et de confiance dont bénéficie l'Association Professionnelle Suisse de MTC auprès du grand public, nous vous prions de répondre en toute honnêteté aux questions suivantes:

Ce questionnaire et les réponses données sont traités de manière strictement confidentielle par l'Association Professionnelle Suisse de MTC et uniquement communiqués à des tiers si le ou la soussigné-e a expressément donné son accord en ce sens ou si l'Association Professionnelle Suisse de MTC y est légalement obligée.

Prénom, Nom:

Date de naissance:

Questions 1 à 9: Veuillez fournir des informations supplémentaires pour chaque question à laquelle vous répondrez "oui". Ces informations contiennent entre autres

- Le reproche qui vous a été fait
- Votre prise de position par rapport à ce reproche
- L'issue de la procédure (p. ex. décision ou jugement ou contenu de la conciliation)
- Copies de l'ensemble des documents pertinents

Les documents doivent être rédigés en allemand, français, italien ou anglais. Les documents rédigés dans une autre langue doivent être remis en tant que copie de l'original et avec une traduction certifiée conforme.

Si vous le souhaitez, vous pouvez réunir les documents relatifs à une question à laquelle vous avez répondu par «oui» dans une enveloppe fermée, munie de la mention «à l'attention de la CoDis». Cette enveloppe sera transmise sans être ouverte à la commission disciplinaire à des fins d'évaluation de l'affaire.

Si une procédure devait être en cours, veuillez le préciser dans votre réponse. Toutes les mentions faites sont traitées de façon strictement confidentielle.

		Oui	Non
1.	Avez-vous déjà été accusé ou mis en examen, sur le territoire national ou à l'étranger, pour un délit (crime, infraction ou violation) que vous auriez commis dans le cadre de l'exercice d'une activité médicale ou thérapeutique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Avez-vous déjà été condamné, sur le territoire national ou à l'étranger, pour un délit (crime, infraction ou violation) que vous auriez commis dans le cadre de l'exercice d'une activité médicale ou thérapeutique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous déjà été impliqué, sur le territoire national ou à l'étranger, dans une procédure de conciliation qui a mis un terme à une accusation ou à une plainte en raison d'un délit (crime, infraction ou violation) que vous auriez commis dans le cadre de l'exercice d'une activité médicale ou thérapeutique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Avez-vous déjà été mis en examen ou condamné pour un délit (crime, infraction ou violation) qui serait contraire ou incompatible avec l'exercice d'une activité médicale ou thérapeutique (notamment délits contre l'intégrité sexuelle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Avez-vous déjà fait l'objet de mesures disciplinaires prononcées par une administration, une organisation professionnelle ou une autre organisation ayant un lien avec l'exercice d'une activité médicale ou thérapeutique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		Oui	Non
6.	Vous a-t-on déjà refusé une autorisation d'ouverture de cabinet, sur le territoire national ou à l'étranger, bien que vous ayez rempli toutes les conditions de formation initiale ou continue ou cette autorisation vous a-t-elle été retirée pour une raison ou une autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Vous a-t-on déjà refusé une autorisation d'exercer une activité médicale ou thérapeutique, sur le territoire national ou à l'étranger, bien que vous ayez rempli toutes les conditions de formation initiale ou continue ou cette autorisation vous a-t-elle été retirée pour une raison ou une autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Avez-vous déjà renoncé librement et sans contrainte à votre autorisation d'ouverture de cabinet ou autorisation d'exercice de la profession?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Existe-t-il d'autres faits, situations ou événements susceptibles de porter atteinte à l'image et à la réputation de l'Association Professionnelle Suisse de MTC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous deviez vous trouver, après la remise de ce questionnaire, dans une situation où vous seriez dans l'obligation de répondre par «oui» à l'une des questions 1 à 9 ci-dessus, vous êtes tenu(e) d'en informer spontanément l'Association Professionnelle Suisse de MTC sous 30 jours suivant la connaissance ou survenue de cette situation.

10.	Êtes-vous actuellement domicilié à l'étranger ou êtes-vous venu de l'étranger pour élire domicile en Suisse au cours des 24 derniers mois? Si oui: Veuillez joindre à votre demande un certificat de bonne conduite, un extrait du casier judiciaire ou tout document équivalent du pays concerné. Ce document doit être certifié conforme par le consulat concerné en Suisse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------	--------------------------

En apposant ma signature, j'atteste avoir répondu sincèrement à toutes les questions et je m'engage à informer l'Association Professionnelle Suisse de MTC sous 30 jours après la connaissance ou la survenue d'une situation qui m'obligerait à répondre par "oui" à l'une des questions 1 à 10. De plus, je donne expressément mon accord à l'Association Professionnelle Suisse de MTC pour collecter les présentes données.

Localité, Date:

Signature:

Annexes (si une question à été répondue par „oui“):