Commission d'examen
AKUSTIKA / VHS

Sihlbruggstrasse 3
6340 Baar

Tel. 041 750 90 00
Fax 041 750 90 03
info@akustika.ch

Inscription au 30ème Examen professionnel pour audioprothésistes 2017

(Délai d'inscription: jeudi 1er jeudi 2017)

Examens écrits	Lundi et mardi, 28/29 août 2017
Otoplastiques pratiques	Samedi, 2 septembre 2017
Examens pratiques/oraux	Lundi 4 septembre 2017 jusqu'à vendredi 15 septembre 2017

Informations personnelles

Nom de famille _____ Prénom _____

Adresse personnelle _____

No tél. privé _____ No tél. professionnel _____

E-Mail _____ Numéro AVS _____

Date de naissance _____ Situation de famille _____

Lieu d'origine _____ Langue d'examen _____

Employeur _____ depuis _____

Adresse de l'employeur _____

Adresse de l'examen _____

Déclaration des appareils de mesure (Audiomètre/ Module de mesure In Situ /Chaîne de mesure)

_____

Adresse de facturation ☐ Adresse personnelle ☐ Adresse de l'employeur

Formation professionnelle

Temps de formation dans l'entreprise depuis _____ à_____%

Cours de formation théorique d'audioprothésiste du _____ au _____

Nom de l'école _____ lieux _____

Prière de joindre à votre inscription les **documents suivants, conformément au Règlement d'examen art. 9 alinéas 2** (à ne plus fournir pour les candidats se représentant aux examens):

- Curriculum vitae sommaire mais sans lacunes, manuscrit, indiquant votre formation professionnelle et vos activités pratiques jusqu'ici dans la branche des appareils acoustiques
- Copies des pièces officielles et des références demandées (quiconque est titulaire du certificat de capacité délivré à la suite de l'examen de fin d'apprentissage ou d'une attestation équivalente, ou - est titulaire d'un certificat de maturité (tous les types)).
- Attestation de travail certifiant une activité de 100% minimum de trois ans chez un audioprothésiste reconnu (doit être signée par le chef d'entreprise et le formateur):
- Attestation de formation avec description des attributions, signée par le formateur

Lieu et date _____ Signature _____