

DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG
 Dienst Erkenning van gezondheidszorgberoepen
 Cel niet-universitaire gezondheidszorgberoepen
Werkgroep “Erkenning technoloog medische beeldvorming”
 EUROSTATION II – Victor Hortaplein 40, bus 10 – 1060 Brussel
 Contactcenter : 02/524.97.97 – info@gezondheid.belgie.be

**AANVRAAG TOT ERKENNING of
 AANVRAAG TOT DEROGATIE VOOR VERWORVEN RECHTEN**

VOLLEDIG IN TE VULLEN DOOR DE AANVRAGER (in hoofdletters a.u.b.)

Aankruisen wat van toepassing is

1. DIPLOMA :	
<input type="checkbox"/>	• Erkenning : u bent in het bezit van een diploma in de richting;
<input type="checkbox"/>	• Voorlopige erkenning : u bent in het bezit van een diploma verschillend van de richting technoloog medische beeldvorming maar van een gelijkwaardig opleidingsniveau;
<input type="checkbox"/>	• Derogatie : u bezit geen diploma maar was op 07/06/1997 reeds minimum 3 jaar aan het werk als technoloog medische beeldvorming
<input type="checkbox"/>	• Derogatie: u voert de handelingen van een technoloog medische beeldvorming uit op het moment waarop de eerste diploma werd uitgereikt (2002)
2. WERKGEVER :	
<input type="checkbox"/>	Verzorgingsinstelling (ziekenhuis,...)
<input type="checkbox"/>	Andere instellingen (laboratorium, ...)
<input type="checkbox"/>	Zelfstandige praktijk
<input type="checkbox"/>	Andere :
3. STAGEBEWIJS :	
<input type="checkbox"/>	Afgeleverd door onderwijsinstelling

Voeg de nodige bewijsstukken toe:

- **kopie diploma of voorlopig attest voor de nieuw afgestudeerden**
- **identiteitskaart (recto verso)**
- **stagebewijs afgeleverd door een onderwijsinstelling voorzien van een officiële stempel, met vermelding van de uren, de plaatsen en de domeinen van de stage**

Voor de derogatie dient ook het attest van tewerkstelling met de lijst van de verstrekte handelingen en de periode tijdens de welke deze werden gesteld, bijgevoegd te worden, ondertekend door een arts.

REGISTRATIEFORMULIER

IDENTIFICATIE VAN DE AANVRAGER

Voornaam :	
Naam :	
Rijksregisternummer :	
BIS-nummer : (voor niet-Belgen)	
Nationaliteit :	
Taal :	
Geslacht : (M/V)	
Geboortedatum :	
Geboorteplaats :	
Geboorteland :	
Adres :	
Nummer :	
Bus :	
Postcode :	
Gemeente :	

Land :	
Telefoon :	
GSM :	
Fax :	
E-mail :	

OPLEIDING	
SCHOOL / DIPLOMA	DATUM diploma

STAGE	
PLAATS stage	PERIODE stage

WERKGEVER	
PLAATS tewerkstelling	PERIODE tewerkstelling

Stuur dit formulier en de nodige bewijsstukken naar :

FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU
 DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG
 Dienst Erkenning van gezondheidszorgberoepen
 Cel niet-universitaire gezondheidszorgberoepen
Werkgroep “Erkenning technoloog medische beeldvorming”
 EUROSTATION II – Victor Hortaplein 40, bus 10 – 1060 Brussel

Voornaam + naam :

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum : _____

Handtekening :



federale overheidsdienst
VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU