





## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DU MINERVAL DE L'INSCRIPTION AU CERTIFICAT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE SCOLAIRE

Depuis la rentrée académique 2018-2019, l'ONE propose de vous rembourser les frais d'inscription du certificat universitaire de médecine scolaire aux médecins actifs en PSE.

### LA DÉMARCHÉ SE RÉALISE EN DEUX TEMPS :

1. Il est demandé aux médecins concernés de **signaler leur inscription à ce cycle d'études via une attestation d'inscription + l'annexe 7A** , en citant l'université choisie, les coordonnées du médecin, le service auquel il est lié, la date d'engagement auprès de celle-ci ainsi que le montant du minerval à l'adresse [dpse@one.be](mailto:dpse@one.be).

1. **À la réussite du certificat** : la facture, la preuve de paiement (extrait de compte), le relevé d'identité bancaire, l'attestation de réussite, une déclaration de créance (**annexe 7B**) ainsi que l'**annexe 7C** complétées constituent la **deuxième partie du dossier** qui devra être renvoyé à l'adresse [factures@one.be](mailto:factures@one.be) (avec en copie [dpse@one.be](mailto:dpse@one.be)) ou via la poste  à : ONE - Service facturation.

Le remboursement interviendra endéans les trois mois de la réception à l'ONE de l'ensemble de tous les éléments complets du dossier.

### INCITANT EN FORMATION

Nom et prénom : Dr

Adresse :

Code postale :

Localité :

Tél./GSM :

Adresse mail :

En tant que médecin, je (soussigné)

suis déjà praticien dans le service ou centre

Adresse du service ou centre :

Code postale :

Localité :

Depuis le :

Cachet et signature du responsable du SPSE/CPMS W-BE

Je m'engage à exercer en PSE au volume horaire minimal défini par la législation (soit vingt heures par mois pendant les périodes scolaires, avec un minimum de 180 heures par an) pendant au moins 3 ans à partir de l'inscription au certificat universitaire de médecine scolaire proposé par l'Université :  
pour un investissement de \_\_\_\_\_ €.

Je vous transmets à la suite de ce document l'attestation d'inscription.

Cachet et signature du médecin qui effectue la demande

Date et signature du médecin



L'ONE respecte la vie privée. Les données recueillies par le présent documents sont indispensables dans le cadre des incitants pour les formations et sont traitées conformément aux dispositions de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

Concrètement, cela signifie notamment que :

- Les données à caractère personnel ne peuvent être recueillies et traitées que dans les buts susmentionnés ;
- Les données à caractère personnel ne seront pas communiquées à des tiers ni utilisées à des fins commerciales ;
- Vous avez le droit de consulter vos données personnelles et que vous pouvez vérifier leur exactitude et faire corriger les éventuelles erreurs les concernant, et d'en demander la suppression. A cet effet, vous pouvez prendre contact par mail à [DPO@one.be](mailto:DPO@one.be) ou par courrier postal :

Office de la Naissance et de l'Enfance  
Délégué à la Protection des données  
Chaussée de Charleroi, 95  
B-1060 Bruxelles