

## Attestation du-de la responsable de stage ASP-26-009

- Le-la médecin-dentiste soussigné-e confirme par la présente qu'il-elle remplit les exigences ci-dessous pour un stage de formation complémentaire d'assistant-e en prophylaxie SSO (ASP).
- Le-la médecin-dentiste est membre de la SSO :  Oui  Non  
*Si aucun-e médecin-dentiste encadrant le-la stagiaire n'est membre de la SSO, le cabinet doit demander une reconnaissance en tant qu'établissement de stage auprès de la CPAD, en remplissant le formulaire "[Autodéclaration de l'établissement de stage](#) (cabinets dentaires non membres de la SSO)" à envoyer à [communication@sso.ch](mailto:communication@sso.ch).  
Dans ce cas, l'inscription du-de la candidat-e est conditionnée à la validation de cette reconnaissance.*
- L'infrastructure nécessaire pour travailler auprès des patients peut être mise à disposition du-de la stagiaire ASP.
- Le cabinet offre la possibilité de traiter le nombre nécessaire de patients appropriés dans le délai imparti de six mois (le nombre nécessaire est de 150 séances de traitement d'au moins 60 minutes chacune).
- Le-la médecin-dentiste et/ou l'hygiéniste dentaire soutiennent et encadrent la stagiaire ASP au mieux de leurs connaissances et de leurs capacités.
- Le-la médecin-dentiste et/ou l'hygiéniste dentaire effectuent un triage avant chaque traitement et garantissent ainsi que les patients appropriés seront traités.
- Le-la médecin-dentiste accepte que des intervenant-e-s de l'OrTra Neuchâtel santé-social se rendent sur place pour avoir un aperçu du travail du-de la stagiaire.

Date

Signature du-de la responsable de stage

---

Signature du-de la stagiaire