



Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Association Suisse des Psychothérapeutes
Associazione Svizzera delle Psicoterapeute e degli Psicoterapeuti
Associazioni Svizra dals Psicoterapeuts

Riedtlistrasse 8 | CH-8006 Zürich | Telefon +41 43 268 93 00 | www.psychotherapie.ch

Demande d'adhésion à la convention AI pour les personnes en formation postgrade

entre l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) et l'ASP

Je désire adhérer à la convention liant l'AI et l'ASP.

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu d'origine :
Rue :	
NPA, lieu :	Canton :
Téléphone :	Courriel :
Numéro GLN personnel :	

Superviseur / adresse du cabinet

Nom :	Prénom :
Téléphone :	Courriel :
Rue :	
NPA, lieu :	Canton :
Le superviseur / la superviseuse est déjà membre de la convention AI : ☐ oui ☐ non	

La demande d'adhésion inclut :

1. Copie d'une pièce d'identité valable
2. Copie contrat d'engagement sous la responsabilité d'un superviseur
3. Copie du contrat de formation postgrade
4. Pour les non-membres : Une copie du master en psychologie (supplément au diplôme inclus), y compris l'attestation de la formation en psychopathologie & psychologie clinique
5. Pour les non-membres : Une copie de la reconnaissance de la PsyCo, si le diplôme a été obtenu à l'étranger

A remplir uniquement si vous n'êtes pas membre de l'ASP :

.....

Formation de base (Études en psychologie, psychopathologie comprise)

Université ou haute école (veuillez indiquer le nom de l'université, l'orientation, le lieu, l'année du début de la formation et l'année d'obtention du diplôme :

.....

Formation postgrade (Institut de formation postgrade accrédité en Suisse)

Nom de l'institut de formation postgrade :

.....

Mon/mes orientation/s psychothérapeutique/s :

.....

Début de la formation :

.....

Date prévue d'achèvement de la formation :

Taxe administrative :

La taxe administrative s'élève à CHF 200.-

Le montant de CHF 200.- a été versé le _____ sur le compte PC de l'ASP
(IBAN : CH03 0900 0000 8004 2672 9).

.....

Je dispose d'un numéro GLN personnel.

Je fournis mes prestations dans le cadre d'une activité salariée sous la responsabilité et la surveillance d'un psychologue psychothérapeute habilité à cet effet (superviseur).

Je suis inscrit(e) dans un établissement de formation postgrade accrédité conformément à la LAMal jusqu'à l'obtention du diplôme correspondant reconnu au niveau fédéral.

Je déclare avoir pris connaissance du texte de la convention AI et l'accepte.

Lieu & date :

Signature :

.....

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et signé au secrétariat de l'ASP. Merci !