**N° du laboratoire:**

**IDENTITE DU DIRECTEUR DU LABORATOIRE**

NOM ET PRENOM:

TEL professionnel:

E-MAIL professionnel:

NATIONALITÉ°:

N° REGISTRE NATIONAL°: …………. / ….… / …….

N° d'identification INAMI: …….. / ………………….. / …….. / ……..

[ ]  Médecin spécialiste agréé en anatomie pathologique

[ ]  Médecin spécialiste agréé dans une autre discipline que l'anatomie pathologique

Spécialité°:

STATUT°: [ ]  Statutaire [ ]  Indépendant [ ]  Salarié

Date de nomination en tant que directeur: …..../…..…/…………..

Date d’entrée en service: …..../…..…/…………..

Répartition de l'activité°:

* Pourcentage total : ….… % (minimum 50% « Équivalent Temps Plein » (ETP)) sur l’ensemble des centres d’activités (CA), dont:
* ……..% dans le laboratoire central (LC)
* ……..% dans CA1
* ……..% dans CA2
* ……..% dans CA3
* ……..% dans CA4
* ……..% dans CA5
* Nombre de jours d’activité pour l’ensemble des sites°: ….…. jours/ semaine

° Nous avons besoin de ces données pour pouvoir réaliser notre rapport d'activité annuel.

Fait à:

Le: …..../…..…/…………..

Signature du nouveau directeur du laboratoire:

 .

Fait à:

Le: …..../…..…/…………..

Signature de l’ancien directeur du laboratoire et/ou l’(les) exploitant(s):