

2 . DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé : _____

Date de l'obtention du diplôme : ____ / ____ / ____ N° diplôme : _____

*

Lieu d'obtention : _____

Adresse de l'Institut de formation : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays de délivrance : _____

En cas de **DIPLÔME D'ÉTAT MEMBRE DE L'UNION EUROPÉENNE** (Autorisation d'exercice)

Date de délivrance de l'autorisation : ____ / ____ / ____

N° de délivrance : _____

DRASS ayant délivré l'autorisation(Région) _____

3. LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT :

4. AUTRES DIPLÔMES – TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS

Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité.

- Diplôme : _____ DE spécialité compétence capacité

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Organisme formateur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'abandon de cet exercice (*le cas échéant*) : ____ / ____ / ____

- Diplôme : _____ DE spécialité compétence capacité

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Organisme formateur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'abandon de cet exercice (*le cas échéant*) : ____ / ____ / ____

5. EXERCICE PROFESSIONNEL

5 . 1 MODE D'EXERCICE SALARIÉ

Vous exercez à temps plein OUI NON Si NON quotité de temps : %

Date de l'embauche : / /

Statut d'exercice :
Inscrite sur votre fiche de paye

Raison sociale de l'employeur :
Nom de l'établissement

N° de FINESS : ou N° de SIRET :
Inscrit sur la fiche de paye

Adresse de l'activité :

Nom de l'établissement

Nom du service – Étage – Couloir – Escalier

N° - Extension Type et nom de voie

Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

Code postal Ville

Téléphone : Poste :

Vous exercez dans la Fonction publique

- Établissement Public de Santé (CHU, CH, Hôpital...)
- Institut de Formation
- Établissement Public territorial (Centre de Santé, Dispensaire, Municipalité...)
- Autres (préciser) _____

Statut hospitalier : Titulaire Stagiaire

Vous exercez dans le secteur privé

- But non lucratif
- But lucratif
- Autres (préciser) _____

Votre Statut : CDI CDD Bénévole

Exercice en groupe : SCP SEL SELARL

Nom de la société : _____

N° d'inscription de la société à l'ordre: _____

Adresse de la société : _____

N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage – Couloir - Escalier – Entrée - Tour – Immeuble - Bâtiment – Résidence - Zone industrielle

N° - Extension Type et nom de voie

_____ *Mention spéciale*
de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

Code postal Ville

Tél. de la société : _____ Portable : _____

N° de SIRET : _____ Nombre d'associés : _____

Vous exercez en secteur libéral avec le statut de remplaçant(e):

DE FAÇON PERMANENTE DE FAÇON PONCTUELLE

Autorisation de la DASS du : _____
Nom du département

Date de la délivrance de l'autorisation : _____ / _____ / _____

Prénom et nom du titulaire du cabinet 1 : _____

N° d'inscription à l'ordre du titulaire 1 : _____

Adresse du cabinet : _____ *N°*
d'appartement ou de boîte à lettre - Étage – Couloir - Escalier – Entrée - Tour – Immeuble - Bâtiment – Résidence - Zone industrielle

N° - Extension Type et nom de voie

_____ *Mention spéciale*
de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

Code postal Ville

Prénom et nom du titulaire du cabinet 2 : _____

N° d'inscription à l'ordre du titulaire 2 : _____

Adresse du cabinet : _____ *N°*
d'appartement ou de boîte à lettre - Étage – Couloir - Escalier – Entrée - Tour – Immeuble - Bâtiment – Résidence - Zone industrielle

N° - Extension Type et nom de voie

_____ *Mention spéciale*
de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

Code postal Ville

IMPORTANT :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous garantit un droit d'accès et de rectification s'agissant vos données saisies sur notre base de données auprès du Conseil Départemental de l'Ordre qui vous a inscrit.

Les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires. Le défaut de réponse pourrait entraîner soit un refus d'inscription soit une enquête du Conseil Départemental compétent.

Les données saisies sur notre base de données ont pour finalité première de concourir à l'élaboration du Tableau de l'Ordre des Infirmiers, qui sera publique.

Elles permettront également d'établir les listes de correspondances utilisées pour l'envoi des bulletins officiels de l'Ordre, des appels de cotisations ordinaires, des informations ordinaires et de diverses informations strictement liées à l'exercice de la profession.

Vous avez la possibilité de vous opposer, pour des motifs légitimes, à ce que vos coordonnées figurent sur le Tableau publié sur Internet. Cette démarche devra être effectuée auprès du Conseil Départemental compétent.

Pour des raisons légitimes, vous pouvez vous opposer à ce que vos données soient transmises à des tiers ou fassent l'objet d'un traitement destiné à vous adresser des informations sans rapport avec la finalité de ce questionnaire.

Si vous décidez de vous opposer à ce que vos noms et adresses soient utilisés par l'Ordre afin de vous communiquer des informations à caractère professionnel émanant d'autres institutions ou organismes, il vous appartiendra de signifier cette opposition au Conseil Départemental de votre département d'exercice par lettre recommandée avec accusé de réception.

Je déclare avoir pris connaissance des mentions ci-dessus

Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

SIGNATURE :



Imprimé sur papier FSC

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR EN VUE DE L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Ce formulaire de 8 pages est à renvoyer sans être plié à :

*l'Ordre National des Infirmiers
TSA 44136
77282 Avon Cedex*

**au plus tard le 30 SEPTEMBRE 2009,
dans l'enveloppe ci-jointe, accompagné des documents
justificatifs suivants :**

POUR TOUS LES INFIRMIERS

- Photo d'identité au format 35 x 45 mm, collée sur la première page.
- Photocopie recto verso de la carte d'identité
ou photocopie du Passeport ou extrait de naissance www.acte-naissance.fr
- Photocopie d'un justificatif de domicile
(Une facture d'électricité, de gaz **ou** de téléphone) datant de moins de trois mois
- Photocopie du Diplôme d'Etat recto-verso
- Photocopie de l'autorisation d'exercice si diplôme UE **ou** Hors UE (DRASS de la Région d'exercice UE, Ministère de la Santé Hors UE)
- Photocopie des autres diplômes infirmiers
- Chèque de 75 euros libellé à l'ordre de « l'Ordre national des infirmiers »

Il convient d'ajouter selon les cas :

POUR LES SALARIES

- Photocopie de l'inscription au fichier ADELI
ou photocopie de la Carte Professionnelle.
(DDASS du département d'exercice)
- Photocopie de la dernière feuille de paie
(pour chaque employeur)
- Photocopies du **ou** des contrats de travail
actuels liés à votre exercice salarié.

POUR LES LIBERAUX ou MIXTES

- Photocopie de l'inscription au fichier ADELI
ou photocopie de la Carte Professionnelle
ou une feuille de soins originale. (DDASS
du département d'exercice - CPAM)
- Photocopie de l'attestation d'Assurance
Responsabilité Civile Professionnelle en
cours de validité uniquement pour les
libéraux
- Photocopies de tous les contrats liés à
l'exercice tant salarié privé que libéral
(collaboration, remplacement, statuts des
sociétés, etc.).