

6. EXERCICE PROFESSIONNEL

6.1 Mode d'exercice salarié

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

Date de votre dernière embauche : / /

Fonction :
Inscrite sur la fiche de paye

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

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

Adresse de l'activité :

Nom de l'établissement

Nom du service – Étage – Couloir – Escalier

Numéro et nom de la 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 faites partie de l'une des trois Fonctions publiques (hospitalière, territoriale ou de l'Etat)

Établissement public de santé (CHRU, Centre hospitalier, hôpital local...)

Structure publique territoriale (d'une municipalité, d'un département, d'une région...)

Etat (Education nationale, autre ministère, Agence régionale de santé...)

Statut : Titulaire Stagiaire Contractuel

Vous exercez dans le secteur privé

But non lucratif

But lucratif

Autres (préciser) _____

Votre contrat : CDI CDD Vacataire Intérimaire Bénévole

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

Autorisation de la DDASS 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

Numéro et nom de la 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

Numéro et nom de la voie

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

Code postal Ville

Exercice en société d'exercice : 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

Numéro et nom de la 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° SIRET : _____ Nombre d'associés : _____

PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

POUR TOUS LES INFIRMIERS

- Le présent formulaire dûment rempli et signé, avec une photo d'identité au format 35 x 45 mm (facultative) collée sur la première page.
- Photocopie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou extrait d'acte de naissance datant de moins de trois mois).
- Photocopie recto-verso de votre diplôme d'Etat français ou d'un autre diplôme reconnu équivalent au niveau européen (les nouveaux diplômés peuvent photocopier leur attestation provisoire de réussite au diplôme).
- Si vous êtes membre d'un Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen et que vous n'avez pas l'un de ces diplômes : photocopies des titres de formation, attestation ou certificat et éventuellement autorisation d'exercice prévus par le code de la santé publique (art. L. 4311-4) et l'arrêté du 10 juin 2004 modifié (accompagnés le cas échéant d'une traduction, faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives desdits Etats).
- Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat étranger**, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de votre Etat d'origine ou de provenance. **Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen** qui exige une preuve de moralité ou d'honorabilité, cet extrait peut être remplacé par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de votre Etat d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez ces conditions de moralité ou d'honorabilité.
- Photocopie de vos autres diplômes infirmiers éventuels (facultatif).
- Un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle vous étiez antérieurement inscrit(e) ou enregistré(e) ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur certifiant que vous n'avez jamais été inscrit(e) ou enregistré(e), ou, à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen.
- Un moyen de paiement de la cotisation ordinale annuelle : autorisation de prélèvement automatique et RIB, ou prélèvement avec numéro de carte bancaire, ou chèque(s) à l'ordre de "*Ordre national des infirmiers*".

Il convient d'ajouter, selon les cas :

POUR LES SALARIES

- Photocopie de votre inscription au fichier ADELI **ou** photocopie de votre carte professionnelle, si vous les avez déjà obtenues auprès de la délégation territoriale départementale de l'Agence régionale de santé (ou DDASS).
- Photocopie du haut de votre dernière feuille de paie, ou une attestation de travail, pour l'identification de votre (vos) employeur(s).
- Photocopies de votre **ou** vos contrats de travail actuels liés à votre exercice salarié (excepté pour les fonctionnaires, qui relèvent du statut de la fonction publique).

POUR LES LIBERAUX ou MIXTES

- Photocopie de votre inscription au fichier ADELI **ou** photocopie de la carte professionnelle **ou** une feuille de soins originale, si vous les avez déjà obtenues auprès de la délégation départementale de l'Agence régionale de santé (ou DDASS) ou de la CPAM.
- Photocopie de votre attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle en cours de validité.
- Photocopies de tous vos contrats liés à l'exercice libéral (collaboration, remplacement, statuts de société, etc.).

**Ce formulaire de 7 pages est à envoyer (par lettre avec A. R.) ou à déposer
sans être plié au Conseil départemental de l'Ordre des infirmiers
de votre département d'exercice
dans le meilleur délai, accompagné des pièces indiquées ci-dessus**