

N° d'inscription à l'ordre :

Dossier complet : oui non

Date de l'inscription au tableau :

Collège : Public Privé

Nouveaux diplômés

Demande d'inscription au tableau de l'Ordre National des Infirmiers

Formulaire réservé aux nouveaux diplômés de l'année en cours

A REMPLIR EN MAJUSCULES

N° du département de mon exercice principal :

1 ÉTAT CIVIL Mme M.

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Nom utilisé dans la vie courante (épouse, veuve, divorcée).

Prénoms :

Souligner le prénom usuel.

Nom et prénom d'exercice :

Nom et prénom utilisés dans l'exercice de la profession.

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Nom de la ville.

N° de département du lieu de naissance : Pays de naissance :

Nationalité actuelle :

Le cas échéant, la date d'acquisition de la nationalité française : / /

Adresse de correspondance : (*adresse précise d'expédition du courrier*)

.....
N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Étage - Couloir - Escalier

.....
Entrée - Tour - Bâtiment - Immeuble - Résidence - Zone industrielle

.....
N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)

.....
BP - lieu-dit

Code postal : Ville :

Pays : Portable :

Téléphone fixe :

Courriel (**mention obligatoire**) :

Votre N° ADELI :

Si en votre possession.

N.B. Si vous n'êtes pas déjà enregistré(e) auprès de l'ARS, vous devez le faire au plus vite et nous communiquer aussitôt votre n° ADELI : il est obligatoire pour exercer.

2 DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé :

Si diplôme étranger, l'inscrire dans la langue d'origine.

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

Lieu d'obtention :

Lieu figurant sur votre diplôme

Pays de délivrance :

3 LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT (facultatif) :

.....
.....
.....

4 EXERCICE PROFESSIONNEL

Je recherche un emploi

J'exerce actuellement

à temps plein OUI NON

Si NON : pourcentage de temps : %

Date d'embauche : / /

Fonction :

Inscrite sur la fiche de paye

Raison sociale de l'employeur :

Nom de l'établissement

Nom de l'établissement :

N° de FINESS : ou N° de SIRET :

Si inscrit sur la fiche de paye

Si disponible

Adresse de l'activité :

Nom de l'établissement :

N° et nom de voie :

Code postal : Ville :

Téléphone : Poste :

Vous faites partie de l'une des trois Fonctions Publiques (hospitalière, territoriale ou de l'Etat) :

Statut : Titulaire Stagiaire Contractuel

Vous exercez dans le secteur privé :

Votre contrat : CDI CDD Vacataire Intérimaire

5 Reproduire, à la main, dans le cadre ci-dessous la phrase :

« Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau de l'Ordre n'est en cours à mon encontre. »

Conformément à l'article R.4112-2 du code de la santé publique, un extrait de casier judiciaire n°2 est obligatoire pour la constitution de votre dossier. L'Ordre se chargera de le demander au service du Casier Judiciaire National.

Pour les personnes nées hors de France uniquement, merci de communiquer ici :

Nom du père : Prénom du père :

Nom de la mère : Prénom de la mère :

6 Reproduire, à la main, dans le cadre ci-dessous la phrase :

« J'affirme avoir pris connaissance du code de déontologie des infirmiers et je fais serment de le respecter. »

La loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification à vos données saisies dans notre base de données. Ce droit s'exerce auprès du Conseil départemental ou Interdépartemental de l'Ordre qui vous a inscrit.

Vous pouvez, en cochant la case ci-après, vous opposer à ce que vos noms et adresses soient utilisés. Vous pouvez, en cochant la case ci-après, vous opposer à ce que vos noms et adresses soient utilisés par l'Ordre pour figurer sur l'annuaire en ligne des infirmiers.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci dessus.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre National des Infirmiers, dans le département de mon exercice principal :

Fait à : Le : / /

SIGNATURE :

PIÈCES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

IMPÉRATIF - NE RIEN AGRAFER - FORMAT A4 (210x297 mm) - IMPÉRATIF

- Le présent formulaire dûment rempli et signé.
- Photocopie **recto-verso** d'une pièce d'identité en cours de validité. (carte nationale d'identité, passeport ou extrait d'acte de naissance <https://mdel.mon.service-public.fr/acte-etat-civil.html> datant de moins de trois mois).
- Photocopie **recto-verso** de votre diplôme d'Etat français ou attestation provisoire de réussite ou d'un autre diplôme reconnu équivalent au niveau européen.
- Si vous avez déjà effectué cette demande : Photocopie de votre avis de situation ADELI.
- Si vous occupez un emploi : Photocopie du haut de votre dernière feuille de paie, ou une attestation de travail, pour l'identification de votre (vos) employeur(s).
- Nouveau diplômé de l'année en cours vous n'avez rien à payer lors de votre inscription, vous recevrez en décembre un appel de cotisation pour l'année prochaine.**

Ce formulaire de 3 pages est à envoyer (de préférence par lettre avec A.R.)
accompagné des pièces indiquées ci-dessus à :

**Conseil national de l'Ordre des infirmiers
Service des préinscriptions
228, rue du Faubourg Saint Martin
75010 PARIS**

Ou par mail en scannant séparément les pièces à l'adresse
moninscription@ordre-infirmiers.fr

(Pour tout renseignement vous pouvez contacter nos services du Lundi au Vendredi de 9h à 19 h au 01 70 60 72 53).

NOS COORDONNÉES

sont disponibles sur www.ordre-infirmiers.fr



Ordre national des infirmiers



@OrdreInfirmiers



www.ordre-infirmiers.fr