

N° d'inscription à l'ordre :

Dossier complet : oui non

Date de l'inscription au tableau :

Collège : Public Privé

Exercice Salarié

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

Formulaire réservé aux infirmiers ayant un exercice salarié

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 :
Utilisés dans l'exercice de la profession.

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

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 de formation :

Nom et adresse de l'IFSI (si formation à l'étranger indiquer le pays seulement)

Pays de délivrance :

3 **ÉVENTUELLE AUTORISATION D'EXERCICE DÉLIVRÉE PAR LE PRÉFET DE RÉGION** *(Si diplôme non équivalent au DE français)*

Date de délivrance de l'autorisation : / /

Par le préfet de la région de :

4 **AUTRES DIPLÔMES TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC LA PROFESSION**

Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité

Intitulé : DE spécialité compétence capacité

Date d'obtention : / /

Organisme formateur :

Code postal : Ville :

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

Intitulé : DE spécialité compétence capacité

Date d'obtention : / /

Organisme formateur :

Code postal : Ville :

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

5 **LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT** *(facultatif)*

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

6 EXERCICE PROFESSIONNEL : Mode d'exercice salarié

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

Date de votre dernière embauche : / /

Fonction :
Inscrite sur la fiche de paye

Raison sociale de l'employeur :
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

.....
Nom du service - Étage - Couloir - Escalier

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

.....
BP - lieu-dit

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

Autre situations :

Bénévole uniquement Réserve Sanitaire Retraité(e) sans activité

7 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 :

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

« J'affirme avoir pris connaissance du code de déontologie des infirmiers et fais le 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 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 PAR LES INFIRMIERS SALARIÉS 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 d'un autre diplôme reconnu équivalent au niveau européen.
- 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 (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 des dits 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 moyen de paiement du montant (**30 €**) de la cotisation ordinale pour la 1^{ère} année : mandat SEPA (à télécharger sur le site <http://www.ordre-infirmiers.fr>) + RIB (prélèvement automatique) ou un chèque, libellé à l'ordre de «*Ordre National des Infirmiers*». Ce paiement ne sera encaissé qu'après la décision d'inscription prononcée.
- Photocopie de l'avis de situation ADELI (le plus récent).
- 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).

Ce formulaire de 4 pages est à envoyer (par lettre recommandée 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**

(Pour tout renseignement vous pouvez contacter nos services du Lundi au Vendredi
de 9h à 17 h au 01 70 60 72 53).