**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AUTORISATION D’EXERCICE**

Profession :

Spécialité :

**Etat civil**

M. Mme Mlle

Nom de famille :

Nom d’épouse :

Prénoms :

Date de naissance :

Ville :

Pays :

Nationalité :

**Coordonnées**

Adresse personnelle :

Ville :

Code postal :

Pays :

Téléphone :

Portable :

Mél :

**Activité\***

Activité / profession exercée en tant que professionnel de santé au moment du dépôt du dossier :

Établissement :

Service :

Coordonnées :

Date d’entrée dans l’établissement :

**Diplôme de la profession considérée**

Intitulé du diplôme :

Date d’obtention :

Pays d’obtention :

Délivré par :

Date de reconnaissance du diplôme dans un pays membre de l’Union européenne, le cas échéant :

*\* renseignements indispensables pour la délivrance de l’attestation permettant de poursuivre votre activité*

**Diplômes de spécialisation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pays** | **Intitulé** | **Date** | **Université** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Autres diplômes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pays** | **Intitulé** | **Date** | **Université** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Exercice professionnel: fonctions exercées dans le pays d’origine et à l’étranger**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature** | **Lieu et Pays** | **Période** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Fonctions exercées en France**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Établissement** | **Service** Indiquer si la structure est agrée, si oui pour quelle spécialité | **Statut** | **Temps Plein** | **Temps partiel** renseigner la quotité de travail effectué | **Période**  dates à préciser |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Durée totale d’exercice en France correspondant aux pièces justificatives accompagnant le formulaire**

Durée totale en nombre d’années (Equivalent temps plein): ……………………………………………………..

**Projets professionnels éventuels**

**Vœux d’affectation géographique pour la réalisation, le cas échéant, d’un parcours de consolidation des compétences**

|  |  |
| --- | --- |
| **Classement par ordre de priorité** | **Région souhaitée** |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |
| **5** |  |

Date:

*Signature du candidat:*

Je soussigné(e):

Certifie sur l’honneur:

– remplir toutes les conditions requises pour le dépôt d’un dossier de demande d’autorisation d’exercice

– l’exactitude des renseignements figurant dans le présent dossier de demande.

La loi punit quiconque se rend coupable de fausses déclarations:

«*Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accompli par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou toute autre support d’expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d’établir la preuve d’un droit ou d’un fait ayant des conséquences juridiques.*

*Le faux et l’usage de faux sont punis de trois ans d’emprisonnement et de 45000 euros d’amende»* (Code pénal art. 441-1)

*«Le fait de se faire délivrer indûment par une administration publique ou un organisme chargé d’une mission de service public, par quelque moyen frauduleux que ce soit, un document destiné à constater un droit, une identité ou une qualité ou à accorder une autorisation est puni de deux ans d’emprisonnement et de 30000 euros d’amende».*

(Code pénal art. 441-6).