



**ORDRE NATIONAL DES MEDECINS**  
Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

Photographie  
d'identité

## DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

*Réservé à l'Ordre*

Conseil départemental : | | |

Date d'inscription : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de 1ère inscription à l'Ordre : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro départemental : | | | | | | | |

Numéro RPPS : | | | | | | | | | | | | | |

### I. ETAT CIVIL ET SITUATION PERSONNELLE

#### 1. ETAT CIVIL

Nom de naissance : .....

Prénom de naissance : .....

Le prénom composé, qu'il soit lié par un tiret ou non, ne doit pas être scindé entre prénom de naissance et prénom complémentaire

Prénom(s) complémentaire(s) : .....

Nom d'usage\* : .....

Nom d'exercice\*\* : .....

Prénom d'exercice\*\*\* : .....

\* Le nom d'usage est celui utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance.

\*\* Le nom d'exercice doit correspondre soit au nom de naissance soit au nom d'usage.

\*\*\* Le prénom d'exercice doit correspondre à l'un des prénoms inscrits dans l'acte de naissance ou à celui obtenu par une modification de l'état civil.

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité(s) : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance :

Ville : .....

Département : .....

Pays : .....

#### 2. RETRAITE (Y compris si vous continuez d'exercer)

Date de retraite libérale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de retraite hospitalière : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de retraite salariée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 3. LANGUES PARLEES (En plus du français)

.....

Tél. : .....

Fax : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

#### 4. COORDONNEES PERSONNELLES (Obligatoire pour les médecins non installés et sans activité)

Adresse postale : .....

## II. DIPLOMES, AUTORISATIONS ET QUALIFICATIONS

Pour information : Le Conseil départemental peut être amené à vérifier l'authenticité des diplômes et autorisations d'exercice auprès de l'autorité les ayant délivrés (article D. 4113-116 du code de la santé publique).

### 5. DIPLOME DE MEDECIN

- Français
- Européen (d'un Etat de l'UE ou de l'EEE)
- Suisse
- Autre

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lieu d'obtention : Faculté : ..... Pays : .....

### 6. AUTORISATION D'EXERCICE CONFERANT LE DROIT DE S'INSCRIRE A L'ORDRE (arrêté ministériel,

DGARS outre-mer, Nouvelle-Calédonie)

Etes-vous titulaire d'une autorisation ministérielle d'exercice :  Oui  Non

Date de l'arrêté d'autorisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Le cas échéant, durée de l'autorisation : .....

Le cas échéant, dans la spécialité de : .....

### 7. SPECIALITE(S) ACQUISE(S)

#### SPECIALITE(S) OBTENUE(S) EN FRANCE :

D.E.S (le cas échéant, préciser l'option) : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Procédure 2<sup>ème</sup> D.E.S (le cas échéant, préciser l'option) : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

D.E.S.C (groupe II) qualifiant : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

C.E.S : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Arrêté par équivalence du ministère (C.E.S, D.E.S) : .....

Date de l'arrêté : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Spécialité obtenue par voie de Commission ordinaire de qualification : .....

Décision par le Conseil départemental de : ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Décision par le Conseil national Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Spécialité obtenue par autorisation d'exercice (cf. section 6 ci-dessus) : .....

Date de l'arrêté d'autorisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### SPECIALITE(S) OBTENUE(S) DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE :

• Spécialité obtenue : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pays d'obtention : ..... Université : .....

• Spécialité obtenue : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pays d'obtention : ..... Université : .....



## 8. QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE (NON SPECIALISTE)

### QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE EN FRANCE :

Résidanat

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Qualification en médecine générale prononcée par le Conseil départemental (Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991)

Décision par le Conseil départemental : ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE (droits acquis spécifiques en médecine générale) :

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pays d'obtention : ..... Université : .....

## 9. COMPETENCE(S)

C.E.S : .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Compétence obtenue par voie de Commission ordinaire de qualification : .....

Décision par le Conseil départemental : ..... Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Décision par le Conseil national Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 10. DIPLOME(S) COMPLEMENTAIRE(S) NON QUALIFIANT(S)

Formation(s) spécialisée(s) transversale(s) (FST) :

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Faculté : .....

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Faculté : .....

D.E.S.C (groupe I) :

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Faculté : .....

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Faculté : .....

Droit d'exercice complémentaire (VAE ordinaire) :

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Capacité(s) :

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Faculté : .....

• .....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Faculté : .....



## 11. TITRES ET AUTORISATIONS EN FRANCE

### Orientation en homéopathie

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

Seule une formation commencée avant le 3 octobre 2019 peut accorder l'orientation en homéopathie.

### Orientation en acupuncture

### Diplôme(s) interuniversitaire(s) (D.I.U) ou universitaire(s) (D.U) ouvrant droit au titre :

• .....

.....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

• .....

.....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

• .....

.....

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Faculté : .....

### Titre d'ostéopathe :

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Titre de psychothérapeute :

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Autorisation d'exercer la médecine du travail (article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) :

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### III. SITUATION ADMINISTRATIVE

#### 12. ENREGISTREMENT AU RPPS PENDANT L'INTERNAT (A ne renseigner que s'il s'agit d'une première inscription à l'Ordre)

Avez-vous été enregistré au RPPS pendant votre internat :  Oui  Non

Si oui, précisez votre n° RPPS : \_\_\_\_\_

#### 13. MEDECINS APPARTENANT AUX CADRES ACTIFS DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES

Etes-vous ou avez-vous été inscrit au service de santé des armées :  Oui  Non

Si oui, précisez votre n° RPPS : \_\_\_\_\_

Si vous êtes dégagé des cadres, précisez la date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 14. ENREGISTREMENT AU RPPS AU TITRE D'UNE AUTRE PROFESSION

Etes-vous ou avez-vous été enregistré au RPPS au titre d'une autre profession :  Oui  Non

Si oui - précisez votre n° RPPS : \_\_\_\_\_

- précisez pour quelle profession : .....

- s'il s'agit d'une profession à Ordre, êtes-vous encore inscrit au Conseil de l'Ordre de cette profession :

Oui  Non, dans ce cas précisez votre date de radiation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 15. INSCRIPTION PRECEDENTE A UN TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS EN FRANCE

1. Avez-vous été inscrit à un tableau de l'Ordre en France :  Oui  Non

Si oui, précisez le dernier département d'inscription : .....

2. Avez-vous fait l'objet d'un refus ou d'un retrait d'inscription en France :  Oui  Non

Si oui, précisez le dernier département ayant prononcé ce refus ou ce retrait ainsi que l'année : .....

#### 16. INSCRIPTION OU ENREGISTREMENT A UN ORDRE OU ORGANISME ASSIMILE DANS UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU PARTIE A L'ACCORD SUR L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN OU EN SUISSE

1. Avez-vous ou êtes-vous inscrit ou enregistré dans un Etat membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'EEE ou en Suisse :

Oui  Non

Si oui, précisez le ou les Etats d'inscription ou d'enregistrement ainsi que la période : .....

2. Avez-vous fait l'objet d'un refus ou d'un retrait d'inscription ou d'enregistrement dans l'un de ces Etats :  Oui  Non

Si oui, précisez le ou les Etats ayant prononcé ce refus ainsi que l'année : .....

#### 17. INSCRIPTION OU ENREGISTREMENT A UN ORDRE OU ORGANISME ASSIMILE A L'ETRANGER (HORS UNION EUROPEENNE, ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN OU SUISSE)

1. Avez-vous ou êtes-vous inscrit ou enregistré dans un pays à l'étranger :  Oui  Non

Si oui, précisez le ou les pays d'inscription ou d'enregistrement ainsi que la période : .....

2. Avez-vous fait l'objet d'un refus ou d'un retrait d'inscription ou d'enregistrement dans l'un de ces pays :  Oui  Non

Si oui, précisez le ou les pays ayant prononcé ce refus ainsi que l'année : .....

#### 18. LIBRE PRESTATION DE SERVICES EN FRANCE (Directive européenne 2005/36/CE, article 5 et suivants)

Avez-vous ou êtes-vous enregistré en France sur la liste des médecins libres prestataires de services :

Oui  Non

Si oui, précisez la ou les années : .....

Si oui, précisez le numéro d'enregistrement : .....



## IV. SITUATION PROFESSIONNELLE

### 19. SITUATION PROFESSIONNELLE PREVUE DANS LE DEPARTEMENT

Veuillez préciser sous quelle qualification vous sollicitez votre inscription :

- Médecine générale  
 Autre spécialité : .....

Veuillez préciser ci-dessous votre situation professionnelle (ne cocher qu'une seule case) :

- Activité médicale régulière  
 Activité médicale intermittente ou remplacements réguliers (passer aux questions 22 et suivantes)  
Préciser :  libérale et/ou  salariée  
 Aucune activité médicale (passer aux questions 22 et suivantes)  
Préciser :  retraité ou  non-retraité (il pourra vous être demandé de justifier votre demande d'inscription)

### 20. ACTIVITE LA PLUS IMPORTANTE EN TEMPS (ACTIVITE PRINCIPALE)

- Libéral  Hospitalier  Salarié  Bénévole  Temps plein  Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dénomination sociale : .....

Tél. : .....

Adresse postale : .....

Fax : .....

.....

Mobile : .....

.....

E-mail : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 21. AUTRE(S) LIEU(X) D'ACTIVITE (Au-delà de 2 autres lieux d'activité, veuillez les renseigner en page 10)

Tous les lieux d'activité doivent être déclarés à l'Ordre. Nous appelons votre attention sur les dispositions de l'article R. 4127-85 du code de la santé publique selon lesquelles une activité dans un autre lieu que celui de votre activité principale peut être subordonnée à une déclaration préalable, au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de début d'activité, auprès du Conseil départemental de l'Ordre, qui aura la possibilité de s'y opposer. Veuillez-vous rapprocher du Conseil départemental du lieu de cette autre activité afin de vérifier si votre situation relève de ces dispositions.

- Libéral  Hospitalier  Salarié  Bénévole  Temps plein  Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dénomination sociale : .....

Tél. : .....

Adresse postale : .....

Fax : .....

.....

Mobile : .....

.....

E-mail : .....

.....

.....

- Libéral  Hospitalier  Salarié  Bénévole

- Temps plein  Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dénomination sociale : .....

Tél. : .....

Adresse postale : .....

Fax : .....

.....

Mobile : .....

.....

E-mail : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## 22. PLAQUES ET ORDONNANCES (Articles R. 4127-79 et R. 4127-81 du code de la santé publique)

Indiquer ci-dessous le libellé de vos plaques :

Indiquer ci-dessous le libellé de vos ordonnances :

## 23. ANNUAIRES (Article R. 4127-80 du code de la santé publique)

Veuillez indiquer ci-dessous les mentions données aux annuaires téléphoniques ou à tout autre annuaire professionnel :

Dans le cas où vous souhaiteriez faire paraître dans la presse une annonce d'installation, le libellé devra en être soumis, préalablement, à l'approbation du Conseil départemental de l'Ordre (article R. 4127-82 du code de la santé publique).

## 24. COORDONNEES DE CORRESPONDANCE

Au titre de l'article D. 4113-115 du code de la santé publique, vous êtes tenus d'informer le conseil départemental, dans le délai d'un mois, de tout changement de votre situation ou de votre résidence et notamment de toute modification de vos coordonnées de correspondance. Vous êtes également tenus, en cas d'interruption ou de cessation d'activité, pendant une période de trois ans suivant votre radiation du tableau, d'informer, dans le même délai d'un mois, le conseil dans le ressort duquel est située votre dernière résidence professionnelle de toute modification de vos coordonnées de correspondance.

**IMPORTANT : Cette information doit se faire par un canal sécurisé, soit par l'Espace médecin, soit en vous rendant à votre Conseil départemental.**

Pour être contacté par l'Ordre :

Adresse postale : ..... Tél. : .....  
..... Mobile : .....  
..... E-mail : .....

**IMPORTANT : le numéro de mobile et l'e-mail sont nécessaires pour l'accès à l'Espace médecin et à ses services en ligne mis à disposition par l'Ordre, notamment la messagerie sécurisée d'échange avec votre Conseil départemental.**

Pour le RPPS (ces coordonnées serviront notamment à recevoir les messages électroniques de sécurité diffusés par les autorités sanitaires\*, à l'envoi de la carte de professionnel de santé, et à l'activation de la e-CPS) :

Adresse postale : ..... Tél. : .....  
..... Mobile : .....  
..... E-mail : .....

**IMPORTANT : l'adresse postale est nécessaire à l'envoi de la carte de professionnel de santé (CPS), le numéro de mobile et l'e-mail sont nécessaires pour l'activation de la carte de professionnel de santé dématérialisée (e-CPS).**

\* Conformément à l'article L. 4001-2 du code de la santé publique, à l'occasion de l'inscription au tableau de l'Ordre, les professionnels de santé déclarent auprès du Conseil de l'Ordre compétent une adresse électronique leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires. Cette information est régulièrement mise à jour et transmise aux autorités sanitaires à leur demande.

## V. SANCTIONS ET INSTANCES EN COURS

### 25. SANCTION(S) PRONONCEE(S) EN FRANCE

1. Une ou des sanctions à caractère définitif\* ont-elles été prononcées à votre encontre par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins :  Oui  Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

A quelle(s) date(s) : .....

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat sont-ils en cours :  Oui  Non

2. Avez-vous fait l'objet de sanction(s), de condamnation(s) pénale(s), de décision(s) civile(s) ou administrative(s) définitive(s)\* :  Oui  Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

A quelle(s) date(s) : .....

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat ou la Cour de cassation sont-ils en cours :  Oui  Non

\* Décision de 1<sup>ère</sup> instance non frappée d'appel dans le délai de recours ou décision en appel frappée ou non d'un pourvoi.

La non-inscription au casier judiciaire B2 ne dispense pas de renseigner la condamnation pénale définitive.

### 26. SANCTION(S) PRONONCEE(S) HORS DE FRANCE

1. Une ou des sanctions à caractère définitif ont-elles été prononcées à votre encontre par un organisme professionnel à l'étranger :  Oui  Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Précisez le ou les pays et la ou les juridictions : .....

A quelle(s) date(s) : .....

2. Avez-vous fait l'objet de sanction(s), de condamnation(s) pénale(s), de décision(s) civile(s) ou administrative(s) définitive(s) à l'étranger :  Oui  Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Précisez le ou les pays et la ou les juridictions : .....

A quelle(s) date(s) : .....

### 27. INSTANCE(S) EN COURS EN FRANCE

1. Une ou des instance(s) disciplinaire(s) ou devant la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins sont-elles actuellement en cours à votre égard :  Oui  Non

Si oui, devant quelle(s) juridiction(s) : .....

2. Une ou des instance(s) ou procédure(s) administrative(s) ou judiciaire(s) sont-elles actuellement en cours à votre égard :

Oui  Non

Si oui, devant quelle(s) juridiction(s) : .....

### 28. INSTANCE(S) EN COURS A L'ETRANGER

Une ou des instance(s) administrative(s), judiciaire(s), pénale(s) ou disciplinaire(s) sont-elles actuellement en cours à votre égard :  Oui  Non

Si oui, dans quel(s) pays et quelle(s) juridictions : .....

**REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :**

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie médicale et je fais serment de le respecter. »

**COCHER LA CASE CI-DESSOUS :**

J'ai pris connaissance de la charte du médecin créateur de contenu responsable, qui s'adresse aux médecins qui interviennent sur les réseaux sociaux ou les plateformes numériques pour délivrer du contenu sur des thématiques de santé. **Si vous êtes concerné, ou lorsque vous le serez, vous êtes invité à signer cette charte.**

**REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :**

**(Uniquement si vous êtes tenu de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique)**

« J'affirme sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile professionnelle en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique. »

**Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des médecins du département de .....**

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage à signaler au Conseil départemental de l'Ordre toute modification de la situation que j'aurais déclarée et à répondre à toute demande de renseignements émanant de l'Ordre des médecins.

Je reconnais être informé(e) que le défaut de réponse aux questions ci-dessus est susceptible d'entraîner un refus d'inscription et que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites disciplinaires (article R. 4127-110 du code de la santé publique) ou pénales (article L. 4163-8 du code de la santé publique et articles 441-1 et suivants du code pénal).

**Date :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Signature :**  
Précédée de la mention manuscrite « *Lu et approuvé* »

*Les informations recueillies, sur ce questionnaire et dans le cadre de mises à jour ultérieures, sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'Ordre des médecins. Le responsable de ce traitement est l'Ordre des médecins.*

*Les données recueillies sont utilisées pour les finalités suivantes :*

- tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicité leur inscription ;
- répondre à l'obligation prévue aux articles L. 4113-2 et D. 4113-121 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'Ordre ;
- établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'Ordre et d'informations relatives aux missions de l'Ordre des médecins ;
- réaliser des études démographiques avec des données pseudonymisées.

*La base légale du traitement est le respect d'obligations légales.*

*Ces données sont destinées à l'Ordre des médecins et au Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), conformément à l'obligation de tenir à jour le RPPS prévue aux articles D. 4113-117 et suivants du code de la santé publique.*

*Elles peuvent également être communiquées, lorsque nécessaire, aux instances représentatives de la profession des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi qu'à celles établies hors Union européenne.*

*Les données collectées ne sont pas revendues. Les données non publiques au sens de l'arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS) ne sont pas partagées avec des tiers non autorisés. Dans le cadre de ses missions l'Ordre peut être amené à les partager avec des sous-traitants respectant les mesures de sécurité nécessaires.*

*Les données sont conservées pendant 20 ans à compter de la date de radiation.*

*Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ou encore d'opposition sous certaines conditions.*

*Vous pouvez exercer vos droits auprès de votre conseil départemental. Vous trouverez les coordonnées de votre conseil départemental au lien suivant : <https://www.conseil-national.medecin.fr/contacts-ordre-des-medecins>.*

*Si vous n'êtes pas satisfait par la réponse apportée, vous pouvez porter une réclamation à la CNIL, le cas échéant.*

Je consens à recevoir diverses informations ordinaires strictement liées à l'exercice de la profession.



## Annexe A. AUTRES LIEUX D'ACTIVITE (cf. page 6)

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :				.....	
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :					
Date de début : ____ / ____ / _____					
Dénomination sociale :			.....		
.....			Tél. : .....		
.....			Fax : .....		
.....			Mobile : .....		
.....			E-mail : .....		
.....			.....		
.....			.....		
.....			.....		

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :				.....	
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :				.....	
Date de début : _____ / _____ / _____					
Dénomination sociale :				.....	
				Tél. : .....	
				Fax : .....	
				Mobile : .....	
				E-mail : .....	
				.....	
				.....	
				.....	

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :				.....	
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :					
Date de début : ____ / ____ / _____					
Dénomination sociale :			Tél. : .....		
.....			Fax : .....		
Adresse postale :			Mobile : .....		
.....			E-mail : .....		
.....			.....		

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :				.....	
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :					
Date de début : ____ / ____ / _____					
Dénomination sociale :			Tél. : .....		
.....			Fax : .....		
Adresse postale :			Mobile : .....		
.....			E-mail : .....		
.....			.....		
.....			.....		

### PIECES A FOURNIR POUR TOUTE INSCRIPTION (PREMIERE INSCRIPTION, TRANSFERT OU RE-INSCRIPTION)

- 2 exemplaires du questionnaire d'inscription avec une photographie récente ;
- Un curriculum vitae détaillé et actualisé ;
- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (ou, le cas échéant, une attestation de nationalité délivrée par une autorité compétente) ;
- Le cas échéant, pour les ressortissants d'Etat tiers, une photocopie de l'un des titres de séjour français suivants :
  - carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union en cours de validité ;
  - carte de résident de longue durée-CE en cours de validité ;
  - carte de résident portant mention du statut de réfugié en cours de validité ;
  - carte bleue européenne en cours de validité ;
  - titre de séjour portant la mention du droit à exercer « toute profession en France (métropolitaine) dans le cadre de la législation en vigueur »
- Les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de la profession ainsi que ceux relatifs à l'usage du matériel et du local dans lequel vous exercez ;
- Si vous exercez en société en SEL ou en SCP, les statuts de cette société et leurs avenants ;
- Si vous êtes fonctionnaire ou agent public : l'arrêté de nomination ;
- Si vous êtes professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) ou praticien hospitalier (PH) : l'arrêté de nomination en qualité de praticien hospitalier et, le cas échéant, le décret ou l'arrêté de nomination en qualité de professeur des universités ou de maître de conférences des universités ;
- Si vous êtes ressortissant 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 l'Etat d'origine ou de provenance ; cette pièce peut être remplacée, si vous êtes ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de l'Etat d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez les conditions de moralité ou d'honorabilité ;
- Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours à votre encontre ;
- Un certificat d'inscription ou d'enregistrement ou de radiation de l'inscription ou de radiation de l'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle vous êtes ou étiez antérieurement inscrit ou enregistré (ordre ou organisme assimilé) ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur certifiant que vous n'avez jamais été inscrit ou enregistré ;
- Tous éléments de nature à établir que vous possédez les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.

**Tourner la page S.V.P.**



## **PIECES SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR POUR UNE PREMIERE INSCRIPTION (les originaux de ces pièces seront à fournir lors de votre rendez-vous au Conseil départemental)**

- Une copie des titres de formation, accompagnée, 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 d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- Si vous êtes ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et que vos titres de formation ont été délivrés par l'un de ces Etats, vous devez joindre selon votre situation :
  - soit une attestation de conformité de vos titres de formation aux exigences minimales de formation prévues par la directive 2005/36/CE consolidée ;
  - soit une attestation datant de moins de deux ans au dépôt de la demande d'inscription certifiant que vous vous êtes consacré effectivement et licitement à l'exercice de la profession de médecin dans votre spécialité pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation (droits acquis) ;
  - soit, si vos titres de formation ont été délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, l'ancienne Union soviétique ou l'ancienne Yougoslavie ou qu'ils sanctionnent une formation commencée avant la date d'indépendance de la République tchèque, de la Slovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie ou de la Slovénie, vous devez joindre selon votre situation :
    - ✓ une attestation des autorités compétentes de la République tchèque ou de la Slovaquie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;
    - ✓ une attestation des autorités compétentes de l'Estonie, de la Lettonie ou de la Lituanie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;
    - ✓ une attestation des autorités compétentes de la Slovénie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;
- soit une attestation certifiant que vous bénéficiez des droits acquis spécifiques en médecine générale (article 30 de la directive 2005/36/CE modifiée) ;
- Si vous avez obtenu une autorisation ministérielle d'exercice : la copie de la notification d'autorisation ministérielle d'exercice ainsi que l'extrait du Journal Officiel.

## **PIECES SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR POUR UN TRANSFERT OU UNE RE-INSCRIPTION (les originaux de ces pièces seront à fournir lors de votre rendez-vous au Conseil départemental)**

- Le cas échéant, une copie des titres de formation obtenus depuis votre précédente inscription au tableau de l'Ordre.