Cadre réservé à l'ordre

N° d'inscription à l'Ordre : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Dossier complet ☐ oui ☐ non

Date de l'inscription au tableau : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| **Collège :** ☐ Public ☐ Privé ☐ Libéral

Photo d'identité
35 X 45 mm
(facultative)

A coller ici

Formulaire de

Demande d'inscription au tableau de l'Ordre national des infirmiers

1. ÉTAT CIVIL ☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

Nom de famille : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nom de naissance

Nom d'usage : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nom d'épouse, veuve, divorcée

Prénoms : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Souligner le prénom usuel

Nom et prénom d'exercice : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nom et prénom figurant sur la fiche de paye ou la feuille de soins,

Naissance : Date : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Commune : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code postal : |__|__|__|__|__| Pays : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nationalité actuelle

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

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

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Code postal *Ville*

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |0|6| . |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__|
Pays

Téléphone fixe : |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__| Fax : |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__|

Courriel ________________________________ @ ____________________________
(Facultatif) Ecrire lisiblement

Votre N° ADELI : |__|__|__|__|__|__|__|__|__| Département d'enregistrement : |__|__|__|
Si vous avez changé de département, inscrire le dernier

Date de votre enregistrement à la délégation territoriale de l'ARS (DDASS) : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

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

2 . DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Lieu d'obtention : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse de l'Institut de formation : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code postal :|__|__|__|__|__| Ville :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|Pays : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

3. EVENTUELLE AUTORISATION D'EXERCICE DELIVREE PAR UN PREFET DE REGION

(exigée pour les titulaires de certains diplômes ou titres non reconnus comme équivalents au diplôme d'Etat français)

Date de délivrance de l'autorisation : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

N° de délivrance : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Par le préfet (DRASS) de la région de |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

4. AUTRES DIPLÔMES – TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC LA PROFESSION (*Facultatif*)

Intitulé : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| D.E. ☐ Spécialité ☐ Compétence ☐ Capacité☐

Date d'obtention : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Organisme formateur : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

- Intitulé : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| D.E. ☐ Spécialité ☐ Compétence ☐ Capacité ☐

Date d'obtention : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Organisme formateur : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code postal : |__|__|__|__|__| Ville : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

5. LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT (*Facultatif*):

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 : |__|__|__|__|

<u>Vous faites partie de l'une des trois Fonctions publiques</u> (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 ☐

<u>Vous exercez dans le secteur privé</u>

- But non lucratif ☐
- But lucratif ☐
- Autres (préciser) ☐ ____________________

Votre contrat : CDI ☐ CDD ☐ Vacataire ☐ Intérimaire ☐ Bénévole ☐

5. 2 Mode d'exercice libéral

Conventionné ☐

Non conventionné ☐

Exercice individuel ☐

Exercice en groupe :

SCM ☐
Collaboration ☐
Association ☐

(Pour les sociétés d'exercice, voir page 5)

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date début d'activité : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Adresse du cabinet :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
N° d'appartement ou de boite 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. professionnel : |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__| Portable : |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__|

Courriel ______________________________ @ ________________________
Ecrire lisiblement

Cabinet secondaire : NON ☐ OUI ☐

Adresse du cabinet secondaire :

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
N° d'appartement ou de boite 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. professionnel : |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__| . |__|__|

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 boite 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 boite 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 boite 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 : |__|__|

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.

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité. Je m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre des infirmiers un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes. Je m'engage à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil départemental de l'Ordre pour l'application des textes en vigueur relevant de ses compétences.

Date : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Signature :
(précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires, sauf celles mentionnées comme facultatives. Le défaut de réponse pourrait entraîner, soit un refus d'inscription, soit un retard dans l'examen de votre dossier, le temps que vous les fournissiez.

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 de l'Ordre qui vous a inscrit.

Vos données sont en premier lieu destinées à l'Ordre, afin de concourir à l'élaboration du Tableau ordinal. Elles permettent aussi de répondre aux obligations du code de la santé publique et de mener des études chiffrées sur la démographie de la profession. Elles servent enfin à l'Ordre pour l'envoi de son bulletin, ou d'informations ordinales strictement liées à l'exercice de la profession.

Vous pouvez, en cochant la case ci-après, vous opposer à ce que vos nom et adresse soient utilisés par l'Ordre pour vous envoyer son bulletin ou toutes informations strictement liées à l'exercice de la profession. ☐

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 :

Département : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N° du départ.: |__|__|__|

Fait à : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

SIGNATURE :

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)(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 du montant de la cotisation ordinale annuelle : autorisation de prélèvement automatique et RIB, ou chèque(s), libellés 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 <u>sans être plié</u> au Conseil départemental de l'Ordre des infirmiers de votre département d'exercice**
dans le meilleur délai, accompagné des pièces indiquées ci-dessus