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

Collez votre photo d'identité ici

35 X 45

ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS
Inscription au tableau

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

Date de l'inscription au fichier de la DASS : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

1. ÉTAT CIVIL ☐ Mme ☐ Mlle ☐ M.

Nom d'usage : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

2 . DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé : |__|__|__|

5. EXERCICE PROFESSIONNEL

5 . 1 MODE D'EXERCICE SALARIÉ

Vous exercez à temps plein ☐ OUI ☐ NON Si NON quotité de temps : |__|__| %

Date de l'embauche : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Statut d'exercice : |__|__|__|__|

5 . 2 MODE D'EXERCICE LIBÉRAL

☐ Non conventionné

☐ Conventionné N° de praticien : |__|__| |__| |__|__|__|__|__| |__|

Possédez-vous une Carte de Professionnel de Santé ? ☐ NON ☐ OUI

si OUI N° |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Fin de validité : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

☐ Exercice individuel ☐ SCM ☐ Collaboration (association) *Exercice en SCP, SEL ou SELARL voir page 5*

N° de 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

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

Exercice en groupe : ☐ 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

N° - Extension *Type et nom de 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° de SIRET : Nombre d'associés :

Vous exercez en secteur libéral avec le statut de remplaçant(e):

☐ DE FAÇON PERMANENTE ☐ DE FAÇON PONCTUELLE

Autorisation de la DASS 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

N° - Extension *Type et nom de 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

N° - Extension *Type et nom de voie*

Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA….) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

Code postal *Ville*

6. AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET DE SANCTIONS NON AMNISTIÉES PRONONCÉES PAR UN ORDRE?

NON ☐ OUI ☐ Si oui à quelles dates ? : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Lesquelles ?

_____

_____

_____

7. AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET DE CONDAMNATIONS NON AMNISTIÉES PAR UNE AUTRE JURIDICTION EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER ?

NON ☐ OUI ☐ Si oui à quelles dates ? : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Lesquelles ?

_____

_____

_____

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-79 du code de procédure pénale, 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. Veuillez nous indiquer :

Nom et prénom de votre père : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom de naissance et prénom de votre mère : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Je demande mon inscription au tableau des infirmiers du département du lieu de mon exercice principal.

Département : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N° : |__|__|__|

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 et à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil de l'Ordre.

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

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

IMPORTANT :

La loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous garantit un droit d'accès et de rectification s'agissant vos données saisies sur notre base de données auprès du Conseil Départemental de l'Ordre qui vous a inscrit.

Les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires. Le défaut de réponse pourrait entraîner soit un refus d'inscription soit une enquête du Conseil Départemental compétent.

Les données saisies sur notre base de données ont pour finalité première de concourir à l'élaboration du Tableau de l'Ordre des Infirmiers, qui sera publique.

Elles permettront également d'établir les listes de correspondances utilisées pour l'envoi des bulletins officiels de l'Ordre, des appels de cotisations ordinales, des informations ordinales et de diverses informations strictement liées à l'exercice de la profession.

Vous avez la possibilité de vous opposer, pour des motifs légitimes, à ce que vos coordonnées figurent sur le Tableau publié sur Internet. Cette démarche devra être effectuée auprès du Conseil Départemental compétent.

Pour des raisons légitimes, vous pouvez vous opposer à ce que vos données soient transmises à des tiers ou fassent l'objet d'un traitement destiné à vous adresser des informations sans rapport avec la finalité de ce questionnaire.

Si vous décidez de vous opposer à ce que vos noms et adresses soient utilisés par l'Ordre afin de vous communiquer des informations à caractère professionnel émanant d'autres institutions ou organismes, il vous appartiendra de signifier cette opposition au Conseil Départemental de votre département d'exercice par lettre recommandée avec accusé de réception.

Je déclare avoir pris connaissance des mentions ci-dessus

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

SIGNATURE :

IMPRIM'VERT
Votre imprimeur agit pour l'environnement
Imprimé sur papier FSC

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR EN VUE DE L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Ce formulaire de 8 pages est à renvoyer sans être plié à :

l'Ordre National des Infirmiers
TSA 44136
77282 Avon Cedex

au plus tard le 30 SEPTEMBRE 2009, dans l'enveloppe ci-jointe, accompagné des documents justificatifs suivants :

POUR TOUS LES INFIRMIERS

- ☐ Photo d'Identité au format 35 x 45 mm, collée sur la première page.
- ☐ Photocopie recto verso de la carte d'Identité **ou** photocopie du Passeport ou extrait de naissance www.acte-naissance.fr
- ☐ Photocopie d'un justificatif de domicile (Une facture d'électricité, de gaz **ou** de téléphone) datant de moins de trois mois
- ☐ Photocopie du Diplôme d'Etat recto-verso
- ☐ Photocopie de l'autorisation d'exercice si diplôme UE **ou** Hors UE (DRASS de la Région d'exercice UE, Ministère de la Santé Hors UE)
- ☐ Photocopie des autres diplômes infirmiers
- ☐ Chèque de 75 euros libellé à l'ordre de « l'Ordre national des infirmiers »

Il convient d'ajouter selon les cas :

POUR LES SALARIES

- ☐ Photocopie de l'inscription au fichier ADELI **ou** photocopie de la Carte Professionnelle. (DDASS du département d'exercice)
- ☐ Photocopie de la dernière feuille de paie (pour chaque employeur)
- ☐ Photocopies du **ou** des contrats de travail actuels liés à votre exercice salarié.

POUR LES LIBERAUX ou MIXTES

- ☐ Photocopie de l'inscription au fichier ADELI **ou** photocopie de la Carte Professionnelle **ou** une feuille de soins originale. (DDASS du département d'exercice - CPAM)
- ☐ Photocopie de l'attestation d'Assurance Responsabilité Civile Professionnelle en cours de validité uniquement pour les libéraux
- ☐ Photocopies de tous les contrats liés à l'exercice tant salarié privé que libéral (collaboration, remplacement, statuts des sociétés, etc.).