

N° d'inscription à l'Ordre : _____

Dossier complet oui non

Date de l'inscription au tableau : ____ / ____ / _____

Collège : Public Privé Libéral

Exercice mixte - Formulaire de Demande d'inscription au tableau de l'Ordre National des Infirmiers

*Formulaire réservé aux infirmiers ayant un exercice libéral & salarié
(si votre exercice est salarié ou libéral, merci de télécharger le formulaire adapté sur www.ordre-infirmiers.fr)*

Photo
d'identité
35 X 45 mm
(facultative)

À coller ici

N° du département de mon exercice principal : _____

1. ÉTAT CIVIL Mme Mlle M.

Nom de famille : _____
Nom de naissance

Nom d'usage : _____
Nom de l'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 la date d'acquisition de la nationalité française : ____ / ____ / _____

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

Code postal *Ville*

_____ *Pays* Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Téléphone fixe : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Fax : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Courriel : _____ @ _____
Écrire 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.

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 :
Inscrit sur la fiche de paye

Raison sociale de l'employeur :
Nom de l'établissement

N° de FINESS : ou N° de SIRET :
Inscrit sur la fiche de paye

Adresse de l'activité :

Nom de l'établissement

Nom du service – Étage – Couloir – Escalier

N° 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

Téléphone : Poste :

Vous faites parti(e) de l'une des trois Fonctions publiques (hospitalière, territoriale ou de l'État)

Statut : Titulaire Stagiaire Contractuel

Vous exercez dans le secteur privé

Votre contrat : CDI CDD Vacataire Intérimaire

Autres situations

Bénévole Réserve Sanitaire Retraité(e)

6 . 2 Mode d'exercice libéral

Non conventionné Conventionné

Possédez-vous une carte de Professionnel de Santé (CPS) Oui Non

Si oui, N° : / / Date de fin de validité : / /

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 boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

N° 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. professionnel : Portable :

Courriel prof. : @
Si différent du courriel personnel

Cabinet secondaire : NON OUI

Adresse du cabinet secondaire :

N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

N° 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. professionnel :

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

De façon Permanente : OUI NON

Autorisation de la l'ARS (ancienne DDASS) du : _____
Nom du département

Date de la délivrance de l'autorisation : ____ / ____ / ____

Prénom et nom du titulaire du cabinet 1 : _____

Adresse du cabinet : _____
N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

_____ N° 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 : _____

Adresse du cabinet : _____
N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

_____ N° 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

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 boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

_____ N° 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 : _____

PIÈCES À 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 en cours de validité. (carte nationale d'identité, passeport ou extrait d'acte de naissance www.acte-naissance.fr datant de moins de trois mois).
- Photocopie recto-verso de votre diplôme d'État 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 État 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) d'un État étranger**, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de votre État d'origine ou de provenance. **Si vous êtes ressortissant(e) d'un État 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 État 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 État 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 (à télécharger sur le site <http://www.ordre-infirmiers.fr>) et un RIB, ou un chèque libellé à l'ordre de "Ordre National des Infirmiers".

Il convient d'ajouter selon les cas :

POUR LES SALARIÉS

- 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 LIBÉRAUX **ou** MIXTES

- Photocopie de l'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 les contrats liés à l'exercice libéral (collaboration, remplacement, statuts des sociétés, etc.).
- Remplaçant(e) : Photocopie de l'autorisation de remplacement signée par l'ARS.

Ce formulaire de 7 pages est à envoyer (de préférence par lettre avec A. R.) **ou à déposer au Conseil départemental de l'Ordre des infirmiers de votre département d'exercice** dans le meilleur délai, accompagné des pièces indiquées ci-dessus

(Les adresses postales sont disponibles sur le site : <http://www.ordre-infirmiers.fr>)