

N° d'inscription à l'ordre : _____

Dossier complet oui non

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

Collège : Public Privé Libéral

ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS

Inscription au tableau

Collez votre
photo
d'identité ici35 X 45
(facultatif)

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 : _____

Nom de l'époux (se), veuf (ve), divorcé (e)

Nom de famille : _____

Nom de naissance

Prénoms : _____

Souligner le prénom usuel

Nom et prénom d'exercice : _____

*Nom et prénom figurant sur la fiche de paye pour les salariés ou la feuille de soins pour les libéraux.***Naissance :** Date : ____ / ____ / ____

Commune : _____

Code postal : _____ Pays : _____

*Nationalité actuelle**Le cas échéant la nationalité d'origine :*

Le cas échéant la date d'acquisition de la nationalité française : ____ / ____ / ____

Adresse de correspondance : *(adresse d'expédition du courrier)*_____
*N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*_____
N° - Extension *Type et nom de voie*_____
*Mention spéciale de distribution et numéro (BP, TSA...) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*_____
Code postal *Ville*_____
Pays Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Téléphone domicile : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Fax : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Courriel _____ @ _____

Ecrire en majuscule (facultatif)

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 de délivrance : _____

En cas de **DIPLÔME D'ÉTAT MEMBRE DE L'UNION EUROPÉENNE** (Autorisation d'exercice)

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

N° de délivrance : _____

DRASS ayant délivré l'autorisation(Région) _____

3. LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT :

4. AUTRES DIPLÔMES – TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS

Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité.

- Diplôme : _____ DE spécialité compétence capacité

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Organisme formateur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

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

- Diplôme : _____ DE spécialité compétence capacité

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Organisme formateur : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

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

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 :
Inscrite sur votre 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° - 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

Téléphone : Poste :

Vous exercez dans la Fonction publique

- Établissement Public de Santé (CHU, CH, Hôpital...)
- Institut de Formation
- Établissement Public territorial (Centre de Santé, Dispensaire, Municipalité...)
- Autres (préciser) _____

Statut hospitalier : Titulaire Stagiaire Contractuel

Vous exercez dans le secteur privé

- But non lucratif
- But lucratif
- Autres (préciser) _____

Votre Statut : CDI CDD Bénévole

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 boîte 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 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 boîte 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 boîte 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

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

Ce formulaire de 7 pages est à renvoyer sans être plié à :
Ordre national des infirmiers

***TSA 44136
77282 Avon cedex***

**dans les plus brefs délais, accompagné des documents
justificatifs à l'adresse suivante :**

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 ou, pour les nouveaux diplômés, l'attestation provisoire de réussite
- 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 du haut de la dernière feuille de
paie pour l'identification de chaque
employeur
- Photocopies du **ou** des 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 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
- Photocopies de tous les contrats liés à
l'exercice libéral (collaboration,
remplacement, statuts des sociétés, etc.).