



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).

6. 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 :

7. AUTORISATION MINISTERIELLE OUVRANT DROIT A L'EXERCICE EN FRANCE

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

Date de l'arrêté d'autorisation : ____ / ____ / ____

8. SPECIALITE(S) ACQUISE(S)

SPECIALITE(S) OBTENUE(S) EN FRANCE :

D.E.S :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

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

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 de qualification :

Décision par le Conseil départemental : Date : ____ / ____ / ____

Décision par le Conseil national Date : ____ / ____ / ____

Spécialité obtenue par autorisation ministérielle d'exercice :

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 :



9. 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 en médecine générale) :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Pays d'obtention :

Université :

10. COMPETENCE(S) QUALIFIANTE(S)

C.E.S :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

Compétence obtenue par voie de Commission de qualification :

Décision par le Conseil départemental : Date : ____ / ____ / ____

Décision par le Conseil national Date : ____ / ____ / ____

11. DIPLOME(S) COMPLEMENTAIRE(S) NON QUALIFIANT(S)

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

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

Droit d'exercice complémentaire (VAE ordinale) :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Capacité(s) :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :



12. TITRES ET AUTORISATIONS

Orientation en homéopathie

Orientation en acupuncture

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

Faculté :

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 : ____ / ____ / _____



23. 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 :

24. 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).

25. ADRESSES DE CORRESPONDANCE

Pour recevoir le courrier de l'Ordre :

Adresse d'exercice principal Adresse personnelle

Autre (précisez) :
.....
.....
.....

Pour le RPPS (cette adresse servira pour l'envoi de la carte CPS, pour l'envoi de courriers par l'assurance maladie et les services du ministère chargé de la santé) :

Adresse d'exercice principal Adresse personnelle

Autre (précisez) :
.....
.....
.....

Pour recevoir les messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires* :

E-mail :

* Conformément à l'article L. 4001-2 du code de la santé publique, les professionnels de santé, à l'occasion de l'inscription au tableau de l'Ordre, 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

26. 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 condamnation(s) pénale(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^{ère} instance non frappée d'appel dans le délai de recours ou décision en appel frappée ou non d'un pourvoi.

27. 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 :

Par quelle(s) juridiction(s) :

A quelle(s) date(s) :

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

Oui Non

Si oui, la ou lesquelles :

Précisez le ou les pays :

Par quelle(s) juridiction(s) :

A quelle(s) date(s) :

28. INSTANCE(S) EN COURS EN FRANCE

Une ou des instance(s) judiciaire(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) :

29. INSTANCE(S) EN COURS A L'ETRANGER

Une ou des instance(s) judiciaire(s) ou disciplinaire(s) sont-elles actuellement en cours à votre égard :

Oui Non

Si oui, dans quel(s) pays :

Devant quelle(s) juridiction(s) :



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. »

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 font l'objet d'un traitement informatique. Ces informations sont destinées au Conseil de l'Ordre des médecins et au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)¹. Le responsable de ce traitement est le Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce traitement est destiné en premier lieu à tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicités leur inscription. Il sert également à établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'Ordre et de diverses informations ordinaires, ainsi qu'à la réalisation d'études démographiques. Il sert par ailleurs à répondre à l'obligation prévue à l'article L. 4113-2 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Il peut également servir à vous adresser des informations strictement liées à l'exercice de la profession. Les informations recueillies peuvent également être transmises, à leur demande, 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.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, vous opposer à ce que des données vous concernant soient transmises à des tiers en vue de vous adresser des informations liées à l'exercice de votre profession, à l'exception de celles qui sont adressées au RPPS. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification ou d'opposition en vous adressant à votre Conseil départemental.

Je m'oppose à ce que les données me concernant soient transmises à des tiers.

Je m'oppose à ce que mes coordonnées professionnelles apparaissent dans l'annuaire figurant sur le site Internet du CNOM ou dans des applications informatiques développées par le CNOM.

¹ Conformément aux articles D. 4113-117 et suivants du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins est tenu de mettre à jour le RPPS.



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 :		
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 :		
.....				
.....				

<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 :		
.....				
.....				