

Démarche : DREETS-HDF_ATTTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions paramédicales

Organisme : Service des formations sociales et paramédicales

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Vous souhaitez exercer dans l'un des pays de l'Union Européenne ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse sollicitant une attestation de conformité à la Directive 2005/36/CE (article 11) et vous avez obtenu votre diplôme paramédical en Hauts-de-France, vous pouvez déposer ici votre demande.

Descriptif

Vous souhaitez exercer dans l'un des pays de l'Union Européenne ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, sollicitant une attestation de conformité à la Directive 2005/36/CE et vous avez obtenu votre diplôme paramédical en Hauts-de-France, vous pouvez déposer ici votre demande.

ATTENTION : si vous avez obtenu votre diplôme dans une autre région, veuillez vous adresser à la région concernée.

Avant de commencer votre démarche, vous devez vous munir des pièces suivantes :

- copie d'une pièce d'identité (formats numériques .jpg ou .png uniquement),
- copie du diplôme pour lequel vous demandez l'attestation de conformité, (formats numériques .jpg, .pdf ou .png uniquement)

ATTENTION : Si vous ne disposez pas de votre diplôme, vous devez fournir une attestation de perte.

Au moment de l'instruction de votre demande, vous recevrez un message vous confirmant que celle-ci a bien été prise en compte par notre service.

L'attestation de conformité sera accessible dans votre espace personnel dans le présent formulaire, vous serez tenu informé par courriel.

VOTRE DIPLOME

Lieu de délivrance du diplôme : Hauts-de-France

Si "Non", veuillez vous adresser à la DREETS territorialement compétente et ne pas renseigner la suite de ce formulaire.

Cochez la mention applicable

☐

DREETS-HDF_ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des profes

☐ Non

Profession concernée

Renseignez ici la profession concernée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ AIDE-SOIGNANT

☐ AMBULANCIER

☐ AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

☐ ERGOTHERAPEUTE

☐ INFIRMIER (GENERALISTE)

☐ INFIRMIER ANESTHESISTE

☐ INFIRMIER DE BLOC OPERATOIRE

☐ INFIRMIER EN PUERICULTURE

☐ MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

☐ MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

☐ PEDICURE-PODOLOGUE

☐ PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE

☐ PSYCHOMOTRICIEN

☐ TECHNICIEN DE LABORATOIRE

Date de délivrance du diplôme

Renseignez la date de délivrance du diplôme :

Numéro de diplôme

Renseignez votre numéro de diplôme :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Diplôme

Insérer votre diplôme (ou à défaut, une attestation de perte) pour lequel vous demandez une attestation de conformité (formats acceptés : .jpg, .pdf ou .png) :

VOTRE IDENTITE

Nom de naissance

Renseignez votre NOM de naissance en MAJUSCULES :

Prénoms

Renseignez vos prénoms dans l'ordre de l'État civil, en Minuscules séparés par des virgules (ex : Sophie, Line, Rosa) :

Date de naissance

Renseignez votre date de naissance :

Lieu de naissance

Renseignez votre commune de naissance, précisez l'arrondissement pour Paris, Lyon et Marseille (ex : PARIS 10EME)

Pays de naissance

Renseignez votre pays de naissance :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce d'identité recto/verso (formats acceptés : .jpg, .pdf ou .png)

VOTRE ADRESSE DE MESSAGERIE

Adresse de messagerie

Renseignez votre adresse de messagerie :