

Démarche : 971-formation\_suivie\_M10

Organisme : Service Développement des Compétences

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Le dispositif transitoire MT10 actes vise à permettre aux infirmiers diplômés d'Etat en soins généraux (IDE) d'exercer l'ensemble des actes prévus à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique.

A l'issue de la délivrance d'une autorisation temporaire, l'infirmier dispose d'une année pour suivre une formation complémentaire dispensée par une école autorisée pour la préparation du diplôme de bloc opératoire :

- De 21 heures s'il n'avait jamais bénéficié des mesures transitoires ou s'il n'avait obtenu qu'une autorisation temporaire sous le régime des mesures transitoires relatives aux trois actes ;
- Ou de 4 heures s'il avait obtenu une autorisation définitive sous le régime des mesures transitoires relatives aux trois actes.

A l'issue de cette formation, l'école lui délivre une attestation de suivi de la formation sur l'ensemble des actes, que l'IDE doit transmettre à la DEETS via un formulaire démarche simplifiée pour obtenir l'autorisation définitive.

Ce formulaire est destiné aux IDE attestant être titulaire d'une autorisation temporaire d'exercice et avoir suivi la formation complémentaire dans l'année suivant la délivrance de l'autorisation temporaire.

**J'atteste être titulaire d'une autorisation temporaire d'exercice des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique, et avoir suivi la formation complémentaire mentionnée à l'article 6 du décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024**

Si vous n'avez pas pu suivre la formation dans l'année suivant la délivrance de votre autorisation temporaire, vous devez vous rendre sur le formulaire : [//www.demarches-simplifiees.fr/commencer/971-prolongation\\_M10](https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/971-prolongation_M10)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom

**Prénom(s)**

**Date de naissance**

**Lieu de naissance**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- ☐ Veuillez déposer : Votre autorisation temporaire d'exercice des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- ☐ Veuillez déposer : Votre attestation de suivi de la formation complémentaire relative à la pratique des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique