

Démarche : DRIETS-IDF\_ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions paramédicales

Organisme : Département Certification, Service des professions paramédicales

## Identité du demandeur

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

## 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 Ile-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 (article 11) et vous avez obtenu votre diplôme paramédical en Ile-de-France, soit l'une des professions citées au code de la santé publique (Titre IV et V du livre II et le livre III, à l'exclusion du chapitre III, de la 4ème partie), 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 (formats numériques jpg ou png uniquement) :

- copie d'une pièce d'identité,
- copie du diplôme pour lequel vous demandez l'attestation de conformité,
- copie de l'attestation de délivrance du diplôme par le certificateur (si celui-ci n'est pas le ministère chargé de la santé).

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

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.

# DREETS-IDF ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions VOTRE DIPLOME

## Lieu de délivrance du diplôme : Île-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

☐ Oui

☐ Non

## Profession concernée

Renseignez ici la profession concernée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ AIDE-SOIGNANT

☐ AMBULANCIER

☐ ASSISTANT DENTAIRE

☐ AUDIOPROTHESISTE

☐ AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

☐ CADRE DE SANTE

☐ DIETETICIEN

☐ EPITHESISTE

☐ ERGOTHERAPEUTE

☐ INFIRMIER (GENERALISTE)

☐ INFIRMIER ANESTHESISTE

☐ INFIRMIER DE BLOC OPERATOIRE

☐ INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE

☐ INFIRMIER EN PUERICULTURE

☐ MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGIE MEDICALE

☐ MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

☐ OCULARISTE

☐ OPTICIEN-LUNETIER

☐ ORTHESISTE

☐ ORTHOPEDISTE-ORTHESISTE

☐ ORTHOPHONISTE

☐ ORTHOPTISTE

☐ ORTHOPROTHESISTE

☐ PEDICURE-PODOLOGUE

☐ PHYSICIEN MEDICAL

☐ PODO-ORTHESISTE

☐

# DRIETS-IDF\_ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions

☐ PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE

☐ PROTHESISTE

☐ PSYCHOMOTRICIEN

☐ TECHNICIEN DE LABORATOIRE

## INFIRMIER en SUISSE

Si vous déposez votre demande pour exercer la profession d'INFIRMIER en SUISSE, merci de cocher "oui".

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Numéro de diplôme

Renseignez votre numéro de diplôme :

## Date de délivrance du diplôme

Renseignez la date de délivrance du diplôme :

## Institut de formation

Renseignez le nom de l'institut de formation dans lequel vous avez préparé votre diplôme :

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Diplôme

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

## VOTRE IDENTITE

### Civilité

Indiquez votre civilité :

☐ Mme

☐ M.

### Nom de naissance

Renseignez votre NOM de naissance en MAJUSCULES :

### Nom d'usage

Renseignez votre nom d'usage le cas échéant. Si et seulement si il est libellé "Nom D'usage" sur votre pièce d'identité (Attention, jamais le nom d'époux ou d'épouse) :

# DRIEETS-IDF\_ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions

## 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 :

## Département de naissance

Si vous êtes né en France, renseignez votre département de naissance :

## Pièce d'identité recto (formats acceptés : .jpg ou .png)

## Pièce d'identité verso (formats acceptés : .jpg ou .png)

## VOS COORDONNEES

### Adresse de votre résidence principale

Veuillez préciser l'adresse de votre résidence principale.

### Pays de résidence

Si vous résidez hors de France, veuillez préciser le pays :

### Numéro de téléphone

Renseignez votre numéro de téléphone :

### Adresse de messagerie

Renseignez votre adresse de messagerie :

## DOCUMENT COMPLÉMENTAIRE

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

☐ Formulaire à renseigner

Si vous devez fournir un formulaire à renseigner par notre administration dans le cadre de votre demande, déposez-le ici (formats acceptés : .jpg, .pdf ou .png) :

## CLÔTURE DE LA DEMANDE

**Je déclare sur l'honneur que les informations fournies sont authentiques et j'accepte que l'administration conserve ces données.**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Règlement Général sur la Protection des Données : en cochant la case vous confirmez avoir pris connaissance des éléments ci-dessous.**

La DRIEETS d'Ile-de-France procède à un traitement de vos données personnelles dans le cadre de la présente téléprocédure sur le fondement de l'article 6-c (traitement nécessaire au respect d'une obligation légale : Circulaire 2011-169 du 11 mai 2011) du Règlement 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données ou RGPD) et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les informations recueillies par ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé sécurisé afin d'assurer une gestion individualisée de votre dossier. Les données collectées ne seront en aucun cas communiquées à des tiers autres que ceux utiles à leur traitement (structures gouvernementales et institutionnelles, services centraux et déconcentrés, organismes sous tutelle, opérateurs). Les données enregistrées dans le traitement sont conservées pendant cinq ans et sont accessibles auprès du responsable RGPD à la DRIEETS Ile-de-France. Pour exercer vos droits (accès, rectification, limitation...), contactez l'adresse suivante : [drieets-idf.dpd@drieets.gouv.fr](mailto:drieets-idf.dpd@drieets.gouv.fr)

A noter :

- Afin de pouvoir traiter votre demande, veuillez préciser l'objet de votre demande.
- En cas d'exercice de vos droits, vous devez justifier de votre identité.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non