

Région

#### demarche.numerique.gouv.fr

Démarche : FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHUE : DGOS/SDRH/RH2 Organisme Identité du demandeur **Email** Etablissement SIRET Dénomination Forme juridique **Formulaire** Les candidatures sont déposées par les établissements pour le compte des praticiens. Les ARS examinent la complétude du dossier et l'opportunité de la demande de l'établissement pour tous les dossiers, que la commission relève de l'ARS ou du CNG. Les dossiers sont ensuite examinés par une commission organisée par l'ARS ou par le CNG. Les données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de ce traitement, sont réservées à un usage professionnel et conservées le temps strictement nécessaire à cette finalité. Ce traitement relève de l'exercice des missions d'intérêt public dont sont investis les ministères sociaux. Si vous souhaitez faire usage de vos droits (accès, rectification et limitation), contactez le délégué à la protection des données de la DGOS. NB: Vous pouvez consulter en bas de page, les périodes de dépôt des dossiers Toutes les pièces justificatives qui seront jointes au formulaire doivent être rédigées en langue française ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou, pour les candidats résidant dans un Etat tiers, avoir fait l'objet d'une traduction par un traducteur certifié auprès des autorités consulaires françaises. L'ensemble des pièces justificatives doivent être au format pdf. **Etablissement employeur (EE)** Fonction du contact établissement (EE) Nom du contact établissement Prénom du contact établissement

#### FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHL

TORPOLARE DE DEPIANDE D'ACTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (ALT)
FINESS EJ Numéro FINESS de l'Entité Juridique
FINESS ET Numéro FINESS de l'Etablissement Géographique
Poste ouvert aux PADHUE
Libellé de la spécialité Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Allergologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Anesthésie-réanimation
☐ Biologie médicale
Biologie médicale (pharmacien)
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie orale
Chirurgie orale (CD)
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologie et vénéréologie
☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition
Hépato-gastro-entérologie
Génétique médicale
☐ Gériatrie
Gynécologie médicale
Gynécologie obstétrique
☐ Hématologie
Maladies infectieuses et maladies tropicales
Médecine bucco-dentaire (CD)
Médecine cardiovasculaire

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU
Médecine générale
Médecine interne et immunologie clinique
Médecine intensive-Réanimation
Médecine légale et expertises médicales
Médecine d'urgence
Médecine nucléaire
Médecine vasculaire
Médecine physique et de réadaptation
☐ Néphrologie
☐ Neurochirurgie
☐ Neurologie
Omnipraticien (CD)
Oncologie
☐ Ophtalmologie
Orthopédie dento-faciale (CD)
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
☐ Pédiatrie
Pharmacie hospitalière
☐ Pneumologie
☐ Psychiatrie
Radiologie et imagerie médicale
Rhumatologie
Santé publique
Urologie
Libellé du service d'accueil
Libellé du poste
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt de l'attestation sur l'honneur de l'établissement à employer le praticien, en cas de délivrance de l'AEP
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt de tout justificatif permettant la présentation du service au sein duquel le demandeur est appelé à exercer, des ressources disponibles pour assurer sa supervision et son accompagnement conformément aux dispositions de l'article R. 4111-13-8-1 et des besoins de fonctionnement de l'établissement que l'emploi du demandeur concourt à satisfaire

#### **Profession**

Profession du praticien Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Médecin
☐ Pharmacien
Chirurgien-dentiste
sage-femme
Spécialité
Spécialité du praticien Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Allergologie
Anatomie et cytologie pathologique
Anesthésie-réanimation
☐ Biologie médicale
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie maxillo-faciale
☐ Chirurgie orale
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologie et vénéréologie
☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition
Hépato-gastro-entérologie
Génétique médicale
☐ Gériatrie
☐ Gynécologie médicale
☐ Gynécologie obstétrique
☐ Hématologie
Maladies infectieuses et maladies tropicales
Médecine cardiovasculaire
Médecine et santé au travail

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU
Médecine interne et immunologie clinique
Médecine intensive-Réanimation
Médecine légale et expertises médicales
Médecine d'urgence
Médecine nucléaire
Médecine vasculaire
Médecine physique et de réadaptation
☐ Néphrologie
☐ Neurochirurgie
☐ Neurologie
Oncologie
☐ Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
☐ Pédiatrie
☐ Pneumologie
☐ Psychiatrie
Radiologie et imagerie médicale
Rhumatologie
☐ Santé publique
☐ Urologie
Spécialité du praticien Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Pharmacie hospitalière  Biologie médicale
Pharmacie polyvalente
Spécialité du praticien Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Omnipraticien
Chirurgie orale
Médecine bucco-dentaire
Orthopédie dento-faciale
Identité du praticien candidat à l'AEP

**Etat civil** 

5 / 30

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LE	S PADHU
Civilité  Mme	
□ M.	
Nom de naissance	
Nom d'usage le cas échéant	
Prénom(s)	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Pays de naissance	
Nationalité Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles algérienne	
☐ tunisienne	
☐ congolaise	
☐ Française	
camerounaise	
☐ Marocaine	
☐ béninoise	
☐ libanaise	
malgache malgache	
☐ burundaise	
sénégalaise	
ukrainienne	
ivoirienne	
☐ burkinabée	
syrienne	
☐ guinéenne	
☐ malienne	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHL
☐ togolaise
mauritanienne
☐ brésilienne
☐ nigérienne
russe
comorienne
☐ tchadienne
argentine
canadienne
Palestinienne
☐ vietnamienne
egyptienne
☐ italienne
☐ rwandaise
☐ iranienne
cambodgienne
mexicaine
☐ irakienne
yéménite
☐ afghane
vénézuélienne vénézuélienne
centrafricaine
roumaine
colombienne
☐ gabonaise
djiboutienne
américaine
☐ bielorusse
géorgienne
☐ péruvienne
indienne
chinoise
cubaine

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHL
☐ turque
☐ équatorienne
☐ portugaise
☐ belge
chilienne
jordanienne
□ libyenne
mauricienne mauricienne
☐ allemande
☐ angolaise
arménienne
☐ ghanéenne
albanaise
☐ britannique
dominicaine
saoudienne
bolivienne
soudanaise
moldave
☐ pakistanaise
☐ paraguayenne
australienne
☐ bangladeshi
costaricaine
hollandaise
kosovare
☐ luxembourgeoise
malaisienne malaisienne
nicaraguayenne
☐ nigériane
serbe
andorrane
☐ bulgare

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU
el salvador
i émirati
ignormal distribution of the state of the st
éthiopienne
grecque
guatémaltèque
hondurien
kazakh
uruguayenne
capverdienne
dominique
☐ finlandaise
gambienne
helvétique helvétique
indonésienne indonésienne
☐ jamaicaine
☐ japonaise
kirghize
macédonienne
maltaise
mongole
mépalaise népalaise
norvégienne
nouvelle-zélandaise
omanaise
☐ polonaise
SAHARA OCCIDENTAL
slovaque
sri lankaise
sud-coréenne
TADJIKISTAN
☐ Taïwanais
☐ tanzanienne

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) F	OUR LES PADHU
zambienne	
zimbabwéenne	
Coardonnáas	
Coordonnées	
Adresse personnelle	
Ville	
Code postal	
Down do wideling as	
Pays de résidence	
Téléphone	
Тегерпопе	
Adresse mail	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt d'une pièce d'identité	
CNI, Passeport ou titre de séjour (recto-verso)	
Le praticien bénéficie-t-il d'une attestation temporaire d'exercice (ATE) ?  Cochez la mention applicable  Oui	
Non	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Ajout de l'attestation temporaire d'exercice (ATE)	
Titre de formation	
Diplôme de la profession	
Diplôme de la profession Intitulé du diplôme	
Date de l'obtention	
Pays d'obtention	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISO	IRE (AEP) POUR LES PAC
Délivré par :	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de diplôme	
Original ET traduction conforme	
ntitulé du diplôme	
·	
Date de l'obtention	
Pays d'obtention	
Délivré par :	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de diplôme	
Driginal ET traduction conforme	
ntitulé du diplôme	
<u>'</u>	
Date de l'obtention	
Pays d'obtention	
Délivré par :	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de diplôme	
Original ET traduction conforme	
Diplômes de spécialisation	
es médecins doivent obligatoirement transmettre leur diplôme de spécialité	
Diplômes de spécialisation ntitulé du diplôme	
Date de l'obtention	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE	PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADI
Pays d'obtention	
Délivré par :	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de diplôme	
Original ET traduction conforme	
ntitulé du diplôme	
Date de l'obtention	
Pays d'obtention	
Délivré par :	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de diplôme	
Original ET traduction conforme	
Intitulé du diplôme	
Date de l'obtention	
Pays d'obtention	
Délivré par :	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Dépôt du justificatif de diplôme	
Original ET traduction conforme	
Autres diplômes	
Autres diplômes	
Intitulé du diplôme	
Date de l'obtention	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PAD
Pays d'obtention
Délivré par :
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de diplôme
Original ET traduction conforme
Intitulé du diplôme
Date de l'obtention
Pays d'obtention
Délivré par :
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de diplôme
Original ET traduction conforme
Intitulé du diplôme
Date de l'obtention
Pays d'obtention
Délivré par :
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de diplôme
Original ET traduction conforme
Justificatif de maitrise de la langue française
Quel justificatif souhaitez-vous déposer ?  Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles  Une attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF-TEF) équivalent au minimum au niveau B2
Le diplôme d'étude en langue française au minimum de niveau B2 ou diplôme d'étude suivi en langue française

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU
Le diplôme approfondi de langue française
Une photocopie du diplôme ou de l'attestation de réussite au baccalauréat français, ou d'un diplôme français de niveau équivalent ou supérieur
Preuve de nationalité française
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt de l'attestation de réussite au test de connaissance de la langue française (TCF-TEF) équivalent au minimum au niveau B2
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du diplôme d'étude en langue française au minimum de niveau B2
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du diplôme approfondi de langue française
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt de la photocopie du diplôme ou de l'attestation de réussite au baccalauréat français, ou d'un diplôme français de niveau équivalent ou supérieur
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt de la preuve de nationalité française
Expériences professionnelles
Exercice professionnel en France
Exercice professionnel en France Libellé de l'établissement
Libere de l'établissement
Ville
Code postal
Libellé de la spécialité Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Anatomie et cytologie pathologique
☐ Anesthésie-réanimation
☐ Biologie médicale
Cardiologie et maladies vasculaires
Chirurgie générale
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie orthopédique et traumatologie

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologie et vénéréologie
Endocrinologie diabétologie - nutrition
Hépato-gastro-entérologie
Génétique médicale
☐ Gériatrie
Gynécologie médicale
Gynécologie obstétrique
☐ Hématologie
Maladies infectieuses et maladies tropicales
Médecine cardiovasculaire
Médecine et santé au travail
Médecine générale
Médecine interne et immunologie clinique
Médecine intensive-Réanimation
Médecine légale et expertises médicales
Médecine d'urgence
Médecine nucléaire
Médecine vasculaire
Médecine physique et de réadaptation
☐ Néphrologie
☐ Neurochirurgie
☐ Neurologie
☐ Oncologie
☐ Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
☐ Pédiatrie
☐ Pneumologie
☐ Psychiatrie
Radiodiagnostic et imagerie médicale

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADH
Rhumatologie
☐ Santé publique
Urologie
☐ Biologie médicale
Pharmacie hospitalière
Pour la profession de chirurgien-dentiste :
☐ Omnipraticien
Chirurgie orale
Médecine bucco-dentaire
Orthopédie dento-faciale
Libellé du service
Libellé du poste
Statut au moment de la demande d'AEP  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Praticien attaché associé/Assistant associé (PAA/AA)
Stagiaire associé
Faisant fonction d'interne (FFI)
Praticien contractuel (dans le cadre du dispositif dérogatoire « outre-mer »)
Praticien associé (PA)
Autres
Si autres, précisez
Date d'arrivée dans l'établissement
Exercice toujours en cours dans l'établissement ?  Cochez la mention applicable  Oui
Non
Date de sortie de l'établissement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée

### FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHL Libellé de l'établissement Ville Code postal Libellé de la spécialité Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Anatomie et cytologie pathologique Anesthésie-réanimation Biologie médicale Cardiologie et maladies vasculaires Chirurgie générale Chirurgie pédiatrique Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chirurgie orthopédique et traumatologie Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire Chirurgie vasculaire Chirurgie viscérale et digestive Dermatologie et vénéréologie Endocrinologie diabétologie - nutrition Hépato-gastro-entérologie Génétique médicale ☐ Gériatrie Gynécologie médicale Gynécologie obstétrique ☐ Hématologie Maladies infectieuses et maladies tropicales Médecine cardiovasculaire Médecine et santé au travail Médecine générale Médecine interne et immunologie clinique Médecine intensive-Réanimation

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU
Médecine d'urgence
Médecine nucléaire
Médecine vasculaire
Médecine physique et de réadaptation
☐ Néphrologie
☐ Neurochirurgie
☐ Neurologie
Oncologie
☐ Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
☐ Pédiatrie
☐ Pneumologie
☐ Psychiatrie
Radiodiagnostic et imagerie médicale
Réanimation médicale
Rhumatologie
☐ Santé publique
☐ Urologie
☐ Biologie médicale
Pharmacie hospitalière
Pour la profession de chirurgien-dentiste :
☐ Omnipraticien
Chirurgie orale
Médecine bucco-dentaire
Orthopédie dento-faciale
Libellé du service
Libellé du poste
Libelle do poste
Statut au moment de la demande d'AEP Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Praticien attaché associé/Assistant associé (PAA/AA)
Stagiaire associé
☐ Faisant fonction d'interne (FFI)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) P	OUR LES PADHI
Praticien contractuel (dans le cadre du dispositif dérogatoire « outre-mer »)	
Praticien associé (PA)	
☐ Autres	
Si autres, précisez	
Date d'arrivée dans l'établissement	
Exercice toujours en cours dans l'établissement ?  Cochez la mention applicable  Oui	
Non	
Date de sortie de l'établissement	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée	
Libellé de l'établissement	
Ville	
Code postal	
Libellé de la spécialité Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Anatomie et cytologie pathologique	
Anesthésie-réanimation	
☐ Biologie médicale	
Cardiologie et maladies vasculaires	
Chirurgie générale	
Chirurgie pédiatrique	
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	
Chirurgie orthopédique et traumatologie	
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	
Chirurgie vasculaire	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU
Dermatologie et vénéréologie
☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition
Hépato-gastro-entérologie
Génétique médicale
☐ Gériatrie
☐ Gynécologie médicale
Gynécologie obstétrique
☐ Hématologie
Maladies infectieuses et maladies tropicales
Médecine cardiovasculaire
Médecine et santé au travail
Médecine générale
Médecine interne et immunologie clinique
Médecine intensive-Réanimation
Médecine légale et expertises médicales
Médecine d'urgence
Médecine nucléaire
Médecine vasculaire
Médecine physique et de réadaptation
☐ Néphrologie
☐ Neurochirurgie
☐ Neurologie
☐ Oncologie
☐ Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
Pédiatrie
☐ Pneumologie
☐ Psychiatrie
Radiodiagnostic et imagerie médicale
Réanimation médicale
Rhumatologie
Santé publique
☐ Urologie

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP)	POUR LES PADHU
Pharmacie hospitalière	
Pour la profession de chirurgien-dentiste :	
☐ Omnipraticien	
☐ Chirurgie orale	
Médecine bucco-dentaire	
Orthopédie dento-faciale	
Libellé du service	1
Libellé du poste	7
Statut au moment de la demande d'AEP  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Praticien attaché associé/Assistant associé (PAA/AA)	
Stagiaire associé	
Faisant fonction d'interne (FFI)	
Praticien contractuel (dans le cadre du dispositif dérogatoire « outre-mer »)	
Praticien associé (PA)	
☐ Autres	
Si autres, précisez	1
Date d'arrivée dans l'établissement	7
Exercice toujours en cours dans l'établissement ?  Cochez la mention applicable  Oui	
Non	
Date de sortie de l'établissement	1
	J
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée	
Durée totale d'exercice en France correspondant aux pièces justificatives accompagnant le formulaire	]

Expérience professionnelle à l'étranger

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE FEXERCICE professionnel : Fonctions exercées dans le pays d'origine et à l'étranger	PROVISOIRE (AEP) POUR LES PAD
Pays	
Libellé de l'établissement	
Ville	
Code postal	
Mode d'exercice Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  ☐ exercice hospitalier	
☐ libéral	
Libellé de la spécialité Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Anatomie et cytologie pathologique	
Anesthésie-réanimation	
Biologie médicale	
Cardiologie et maladies vasculaires	
Chirurgie générale	
Chirurgie pédiatrique	
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	
Chirurgie orthopédique et traumatologie	
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	
Chirurgie vasculaire	
Chirurgie viscérale et digestive	
Dermatologie et vénéréologie	
Endocrinologie diabétologie - nutrition	
Hépato-gastro-entérologie	
Génétique médicale	
☐ Gériatrie	
Gynécologie médicale	
Gynécologie obstétrique	
☐ Hématologie	
☐ Maladies infectieuses et maladies tropicales	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADE	٦L
Médecine cardiovasculaire	
Médecine et santé au travail	
Médecine générale	
Médecine interne et immunologie clinique	
Médecine intensive-Réanimation	
Médecine légale et expertises médicales	
Médecine d'urgence	
Médecine nucléaire	
Médecine vasculaire	
Médecine physique et de réadaptation	
☐ Néphrologie	
☐ Neurochirurgie	
☐ Neurologie	
Oncologie	
☐ Ophtalmologie	
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	
☐ Pédiatrie	
☐ Pneumologie	
☐ Psychiatrie	
Radiodiagnostic et imagerie médicale	
Réanimation médicale	
Rhumatologie	
Santé publique	
Urologie	
☐ Biologie médicale	
Pharmacie hospitalière	
Pour la profession de chirurgien-dentiste :	
☐ Omnipraticien	
☐ Chirurgie orale	
Médecine bucco-dentaire	
Orthopédie dento-faciale	
☐ Autre	
C: Autra muéaisan	
Si Autre, préciser	

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHL Libellé du service Libellé du poste Statut Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Etudiant Interne ☐ Sénior ☐ Autre Si autre, précisez Durée d'exercice dans l'établissement Pièce justificative à joindre en complément du dossier Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée **Pays** Libellé de l'établissement Ville Code postal Mode d'exercice Cochez la mention applicable, une seule valeur possible exercice hospitalier ☐ libéral Libellé de la spécialité Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Anatomie et cytologie pathologique Anesthésie-réanimation ☐ Biologie médicale Cardiologie et maladies vasculaires Chirurgie générale

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologie et vénéréologie
Endocrinologie diabétologie - nutrition
Hépato-gastro-entérologie
Génétique médicale
☐ Gériatrie
Gynécologie médicale
Gynécologie obstétrique
☐ Hématologie
Maladies infectieuses et maladies tropicales
Médecine cardiovasculaire
Médecine et santé au travail
Médecine générale
Médecine interne et immunologie clinique
Médecine intensive-Réanimation
Médecine légale et expertises médicales
Médecine d'urgence
Médecine nucléaire
Médecine vasculaire
Médecine physique et de réadaptation
☐ Néphrologie
☐ Neurochirurgie
☐ Neurologie
Oncologie
☐ Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
☐ Pédiatrie
☐ Pneumologie

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) P	OUR LES PADHU
Radiodiagnostic et imagerie médicale	
Réanimation médicale	
Rhumatologie	
☐ Santé publique	
Urologie	
☐ Biologie médicale	
Pharmacie hospitalière	
Pour la profession de chirurgien-dentiste :	
☐ Omnipraticien	
Chirurgie orale	
Médecine bucco-dentaire	
Orthopédie dento-faciale	
Autre	
C' Autor autotau	
Si Autre, préciser	
Libellé du service	
Libellé du poste	
Liberie do poste	
Statut Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Etudiant	
☐ Interne	
Sénior	
☐ Autre	
Si autre, précisez	
Durée d'exercice dans l'établissement	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée	
Pays	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROLIBEILE de l'établissement	OVISOIRE (AEP) I
Ville	
Code postal	
Mode d'exercice  Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  exercice hospitalier	
☐ libéral	
Libellé de la spécialité Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Anatomie et cytologie pathologique	
Anesthésie-réanimation	
Biologie médicale	
Cardiologie et maladies vasculaires	
Chirurgie générale	
Chirurgie pédiatrique	
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	
Chirurgie orthopédique et traumatologie	
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	
Chirurgie vasculaire	
Chirurgie viscérale et digestive	
Dermatologie et vénéréologie	
☐ Endocrinologie diabétologie - nutrition	
Hépato-gastro-entérologie	
Génétique médicale	
☐ Gériatrie	
Gynécologie médicale	
Gynécologie obstétrique	
Hématologie	
Maladies infectieuses et maladies tropicales	
Médecine cardiovasculaire	
Médecine et santé au travail	

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHI
Médecine interne et immunologie clinique
Médecine intensive-Réanimation
Médecine légale et expertises médicales
Médecine d'urgence
Médecine nucléaire
Médecine vasculaire
Médecine physique et de réadaptation
☐ Néphrologie
☐ Neurochirurgie
☐ Neurologie
Oncologie
☐ Ophtalmologie
Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
☐ Pédiatrie
☐ Pneumologie
☐ Psychiatrie
Radiodiagnostic et imagerie médicale
Réanimation médicale
Rhumatologie
☐ Santé publique
Urologie
☐ Biologie médicale
Pharmacie hospitalière
Pour la profession de chirurgien-dentiste :
☐ Omnipraticien
☐ Chirurgie orale
Médecine bucco-dentaire
Orthopédie dento-faciale
☐ Autre
Si Autre, préciser
Libellé du service

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR	LES PADHI
Libellé du poste	
Statut Cochez la mention applicable, une seule valeur possible  Etudiant	
☐ Interne	
Sénior	
Autre	
Si autre, précisez	
Durée d'exercice dans l'établissement	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt du justificatif de l'expérience mentionnée	
Durée totale de l'expérience professionnelle (en mois)	
Informations complémentaires	
EVC	
Le candidat s'est-il déjà inscrit et présenté aux EVC ? Cochez la mention applicable Oui	
Non	
Si oui, nombre d'inscription aux EVC	
Si oui, indiquer la/les année(s) d'inscription aux EVC Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles 2019	
<u>2020</u>	
<u>2021</u>	
<u>2022</u>	
<u>2023</u>	
<u>2024</u>	
Relevé(s) de note(s) EVC  Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt de(s) justificatif(s) relevé(s) de note(s) EVC	

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCICE PROVISOIRE (AEP) POUR LES PADHU Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Dépôt de(s) justificatif(s) relevé(s) de note(s) EVC
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt de(s) justificatif(s) relevé(s) de note(s) EVC
Autorisation temporaire d'exercice
Le candidat est-il titulaire d'une autorisation temporaire d'exercice ?  Cochez la mention applicable  Oui
□ Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Si oui, dépôt de l'attestation temporaire par l'ARS
Attestation temporaire d'exercice délivrée dans le cadre de l'instruction n° DGOS/RH2/2024/19 du 12 février 2024 relative aux dispositions dérogatoires et temporaires permettant de justifier l'autorisation d'exercice de praticiens étrangers ayant obtenu un diplôme hors Union européenne (PADHUE) et ayant échoué aux épreuves de vérification de connaissances (EVC) au titre de la session 2023
Prochain concours des EVC
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Dépôt de l'attestation sur l'honneur à passer le prochain concours des EVC
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Pièces complémentaires
ex : lettre de recommandation
Commentaire établissement
7.4. Pièces complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance du jury Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Pièces complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance du jury
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Pièces complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance du jury
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Pièces complémentaires que l'établissement souhaite porter à la connaissance du jury