

Démarche : DREETS CVL-Demande d'autorisation temporaire d'exercice des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique, en vertu des dispositions prévues par le décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024, à destination des IDE ayant déjà bénéficié de mesures transitoires relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1

Organisme : mission des Certifications paramédicales et sociales, politique du titre

## 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. Ce formulaire est destiné aux IDE ayant déjà bénéficié de mesures transitoires relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique et prévues par le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019

**J'atteste avoir déjà bénéficié des mesures transitoires prévues par le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 et relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique**

Si vous n'avez pas déjà bénéficié des mesures transitoires prévues par le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 et relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique, vous devez vous rendre sur le formulaire :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/da9285fe-5b50-454f-b059-3f03a0594bd6>

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Civilité**

☐ Mme

☐ M.

**Nom**

Votre Nom de naissance exclusivement

# DREETS CVL-Demande d'autorisation temporaire d'exercice des actes et activités mentionnés à Prénom(s)

Merci d'écrire l'ensemble de vos prénoms de l'état civil

**Date de naissance**

**Lieu de naissance**

**Date de diplomation IDE**

**Lieu de diplomation IDE**

**Identité de l'employeur**

**Adresse de l'employeur**

**Je soussigné(e), infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat, atteste être affecté(e) en bloc opératoire**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Veuillez déposer : une copie lisible recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt du dossier

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

☐ Veuillez déposer : une copie de votre attestation temporaire ou définitive obtenue en application du décret n° 2019-678 du 28 juin 2019

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

☐ Veuillez déposer : L'attestation, justifiant de votre affectation en bloc opératoire à la date de la demande, complétée par l'employeur ;

Si vous êtes salarié d'une entreprise de travail temporaire, l'attestation relative à votre affectation en bloc et expérience d'un an le cas échéant, doit être signée par l'entreprise de travail temporaire et l'établissement dans lequel vous êtes actuellement affecté en bloc ;