

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 n'ayant jamais 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 n'ayant jamais 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 n'avoir jamais 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 avez 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/d7cfd98b-9301-490a-bd9b-651027ec5593?test=true>

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom

Votre NOM DE NAISSANCE exclusivement EN LETTRES CAPITALES

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 depuis au minimum un an en équivalent temps plein (ETP) au cours des trois dernières années

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 du diplôme d'Etat d'infirmier ou une copie du diplôme, certificat ou titre de formation de l'Etat d'obtention du diplôme et de l'autorisation d'exercice de la profession d'infirmier délivrée en France

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Veuillez déposer : L'attestation, justifiant de votre affectation en bloc opératoire et de votre expérience en bloc opératoire d'une durée d'un an au cours des trois dernières années, complétée par l'employeur

> ! < Seul un établissement de santé ou un chirurgien libéral employeur d'IDE éligibles peut remplir et signer l'attestation employeur relative à l'affectation en bloc et attester de l'expérience d'un an le cas échéant ;

> ! < en cas d'employeurs successifs, il appartient au dernier employeur d'endosser les expériences passées du demandeur, sur présentation de justificatifs des précédents employeurs ;

> ! < 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.