



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT DE DIPLOME(S)

DIPLOME, CERTIFICAT, TITRE PROFESSIONNEL OU AUTORISATION D'EXERCICE DE LA PROFESSION

Les informations que vous communiquez dans ce document serviront à établir les listes des praticiens et des professionnels de santé. Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte aux informations obligatoires peut entraîner l'application d'une amende administrative.

❖ PROFESSIONNELS MÉDICAUX et PHARMACEUTIQUES

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Médecin-biologiste ¹ | <input type="checkbox"/> Pharmacien-biologiste ¹ |
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Sage-femme |

❖ PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX et USAGERS DE TITRE PROFESSIONNEL

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Orthoptiste |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant territorial | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Ostéopathe ² |
| <input type="checkbox"/> Adjoint de soins | <input type="checkbox"/> Hygiéniste dentaire | <input type="checkbox"/> Pédiacre-Podologue |
| <input type="checkbox"/> Adjoint de soins territorial | <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Adjoint de soins psychiatrique territorial | <input type="checkbox"/> Infirmier de secteur psychiatrique | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie |
| <input type="checkbox"/> Audio-prothésiste | <input type="checkbox"/> Manipulateur d'électroradiologie médicale ² | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie hospitalière |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Puéricultrice |
| <input type="checkbox"/> Opticien-lunetier ² | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire ² | <input type="checkbox"/> Chiropracteur ² |
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Autre : | |

❖ PROFESSIONNELS SANS OBLIGATION D'ENREGISTREMENT DE DIPLOME, CERTIFICAT, TITRE ou AUTORISATION

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cadre de Santé | <input type="checkbox"/> Infirmier territorial | <input type="checkbox"/> Auxiliaires d'éducation sanitaire |
| <input type="checkbox"/> Cadre, Moniteur, Surveillant | <input type="checkbox"/> Aide-laborantin | <input type="checkbox"/> Inspecteur-adjoint d'hygiène |
| <input type="checkbox"/> Infirmier anesthésiste diplômé d'État | <input type="checkbox"/> Aide-manipulateur d'électroradiologie | <input type="checkbox"/> Aide-instrumentiste |
| <input type="checkbox"/> Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État | <input type="checkbox"/> Aide-préparateur en pharmacie | <input type="checkbox"/> Aide-opérateur |

ÉTAT CIVIL

Civilité : Madame Monsieur
Nom de naissance : Nom marital : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance : Département :
Nationalité : Française Étrangère, précisez :
Adresse géographique :
Boîte postale : Code postal : Commune :
Téléphone (Bureau) : Téléphone (Domicile) : Tél. portable en P.F :
Mail : Langues parlées :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Première année d'activité diplômée : Département ou territoire précédent :
Situation professionnelle : Salarié Libéral Mixte
 Inactif Retraité Autre (recherche d'emploi)

TITRE(S) ET QUALIFICATION(S) PROFESSIONNEL(S)

Diplôme autorisant l'exercice³ :
Numéro du diplôme : Date d'obtention : Lieu d'obtention :
Type de diplôme : Français Union européenne Étranger, précisez :
Date d'autorisation d'exercice :
Spécialisation, précisez : Oui, nbre d'années Non
Attestation de capacité à exercer : Agrément ministériel Autre, précisez :

¹ Ne sont pas enregistrés : Vétérinaire, Vétérinaire-biologiste.

² Ne sont pas enregistrés : Assistant dentaire, Aide médico-psychologique, Ambulancier, Audioprothésiste, Physicien médical, Prothésistes et Orthésistes pour l'appareillage des personnes malades ou atteintes d'un handicap (Épithésiste, Oculariste, Orthopédiste-orthésiste, Orthoprothésiste, Podo-orthésiste), Prothésiste dentaire, Psychologue, Psychothérapeute.

³ Si le diplôme est une copie, transmettre l'inscription ou la radiation à l'un des ordres professionnels national ou polynésien (chirurgien-dentiste, infirmier, médecin, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, pharmacien, sage-femme)

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXERCÉES

Remplissez les cadres correspondant à vos activités

Cochez d'une croix votre activité principale à laquelle vous consacrez, actuellement, le plus de temps

ACTIVITÉS LIBÉRALES EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

REPLAÇANT EXCLUSIF (ne remplissez aucun des cadres ci-dessous) Date de début :

❖ **EXERCICE EN CABINET**

De groupe

Individuel

Nom ou raison sociale : Date d'installation :

Adresse professionnelle :

Adresse personnelle (sans cabinet) : Commune : Code postal :

Téléphone : Mail : N° TAHITI de la société :

Société d'exercice SEL Autre

CABINET SECONDAIRE :

ACTIVITÉS SALARIÉES EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

❖ **EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS** (public ou privé)

Nom ou raison sociale : Date de prise de fonction :

Adresse géographique : Date de fin de fonction :

Boîte postale : Code postal : Commune :

Téléphone (Bureau) : Téléphone portable : Télécopie :

Mail : N° TAHITI de la société :

❖ **AUTRE EXERCICE SALARIE**

Nom ou raison sociale : Date de prise de fonction :

Adresse géographique :

Boîte postale : Code postal : Commune :

Téléphone (Bureau) : Téléphone portable : Télécopie :

Mail : N° TAHITI de la société :

❖ **ACTIVITÉS INDÉPENDANTES**

Nom ou raison sociale : Date de prise de fonction :

Adresse géographique :

Boîte postale : Code postal : Commune :

Téléphone (Bureau) : Téléphone portable : Télécopie :

Mail : N° TAHITI de la société :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document.

Date :

Signature :

CADRE RESERVE A L'ARASS

Date de réception du dossier initial : _____

Numéro d'enregistrement :

Date d'enregistrement :

***Vous remerciant du soin que vous prendrez à compléter ce document
et vous rappelant que toute modification portant sur les informations communiquées doit être communiquée à l'ARASS.***



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT DE DIPLÔME(S)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e) :

Nom : Épouse :

Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone : Téléphone portable (P.F) :

Courriel :

donne procuration pour agir en mon nom concernant ma demande d'enregistrement de diplôme, certificat, titre professionnel et/ou autorisation d'exercice à la personne physique ou à la personne morale suivante :

.....

certifie que la photocopie de mon (mes) diplôme(s) ou mon (mes) attestation(s) de réussite est (sont) bien conforme(s) à l'original que j'ai obtenu¹.

demande l'**enregistrement provisoire** de mon (mes) diplôme(s) ou mon (mes) attestation(s) de réussite pour **douze mois** et m'engage :

- à fournir l'original de ce(s) diplôme(s) dans les douze mois à venir, faute de quoi l'enregistrement effectué ce jour ne sera plus valable, et

- à justifier dans les meilleurs délais de mon inscription² à l'ordre de la Polynésie française dont je relève.

demande à recevoir par mail l'enregistrement provisoire de mon(mes) diplôme(s) à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Je prends note que :

- l'enregistrement du diplôme n'ouvre pas droit à lui seul à l'exercice de ma profession de santé ;

- l'enregistrement de mon diplôme sur la « base de données P.S. » en Polynésie française est incompatible avec l'enregistrement de mon diplôme dans un autre département français ou une autre collectivité française ;

- tout changement de ma résidence ou de ma situation professionnelle doit être déclaré à l'ARASS.

Date :

Signature :

¹ Code pénal – Article 433-17 al. 1. – L'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

² Uniquement pour les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes.