



MINISTÈRE  
DE LA SANTÉ,  
*en charge de la prévention  
et de la protection sociale généralisée*

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION  
SANITAIRE ET SOCIALE

*Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'o te Ea  
'e te Turuuta'a*

## FORMULAIRE N° 1

### DEMANDE D'ENREGISTREMENT DE « DIPLOME »

La procédure d'« enregistrement de diplôme » est disponible à  
<https://www.service-public.pf/arass/enregistrement-de-diplomes>

#### 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 (Domicile) : ..... GSM en P.f. : .....  
Courriel (personnel) : ..... Langues : .....

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

Profession : .....  
• Diplôme, certificat, titre : .....  
Numéro (du diplôme) : ..... Date d'obtention : ..... Lieu d'obtention : .....  
Type de diplôme :  Français  UE, EEE, AELE  Étranger (précisez) : .....  
• Autorisation hexagonale d'exercice d'une profession de santé ou d'une profession à usage de titre : .....  
• Date d'autorisation d'exercice : .....  
• Spécialité(s) (précisez) : .....  
Qualification de spécialiste délivré par l'Ordre professionnel : .....

#### SITUATION PROFESSIONNELLE ANTERIEURE

Première année d'activité : ..... Département précédent : .....

#### ACTIVITÉS EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

Situation professionnelle :  Salarié Début : ..... Fin : .....  
 Libéral Début : ..... Fin : .....  
 Autre (recherche d'emploi) .....

Adresse géographique : .....  
Boîte postale : ..... Code postal : ..... Commune : .....  
Téléphone (Bureau) : ..... Courriel (professionnel) : .....  
A défaut, courriel (privé) : .....

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

Date : .....

Signature : .....

Cadre réservé à l'ARASS

Date de réception du dossier : .....

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 ces informations doit être communiquée à l'ARASS.***  
*Toute réponse sciemment inexacte à ces informations peut entraîner l'application d'une amende administrative.*

Vos données à caractère personnel collectées par l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) font l'objet d'un traitement automatisé. Ce traitement a pour finalité de gérer votre demande d'enregistrement de votre diplôme. Conformément à la loi informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à la limitation, et sous certaines conditions, droit d'opposition pour des raisons tenant à votre situation particulière et droit d'effacement, que vous pouvez exercer en justifiant de votre identité auprès du secrétariat de l'ARASS par voie postale BP 2551 98713 Papeete Tahiti, ou par mail : [secretariat@administration.gov.pf](mailto:secretariat@administration.gov.pf). Vous pouvez également retirer votre consentement au partage de vos données avec les entités intervenant dans l'organisation des secours.

Pour toute question relative à l'utilisation de vos données, vous pouvez contacter la Déléguée à la Protection des Données (DPD) aux adresses suivantes : DPO Service de l'informatique BP 4574 - 98 713 PAPEETE - [dpo@informatique.gov.pf](mailto:dpo@informatique.gov.pf)  
Vous pouvez aussi introduire une réclamation auprès de la CNIL [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr), sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus