

N° d'inscription à l'ordre : \_\_\_\_\_

Dossier complet  oui  non

Date de l'inscription au tableau : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Collège :  Public  Privé  Libéral

# ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS

## Inscription au tableau

Collez votre  
photo  
d'identité ici35 X 45  
(facultatif)

N° ADELI : \_\_\_\_\_ Département d'inscription : \_\_\_\_\_

*Si vous avez changé de département, inscrire le dernier*

Date de l'inscription au fichier de la DASS : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. ÉTAT CIVIL**  Mme  Mlle  M.

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

*Nom de l'époux (se), veuf (ve), divorcé (e)*

Nom de famille : \_\_\_\_\_

*Nom de naissance*

Prénoms : \_\_\_\_\_

*Souligner le prénom usuel*

Nom et prénom d'exercice : \_\_\_\_\_

*Nom et prénom figurant sur la fiche de paye pour les salariés ou la feuille de soins pour les libéraux.***Naissance :** Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Nationalité actuelle

*Le cas échéant la nationalité d'origine :*

Le cas échéant la date d'acquisition de la nationalité française : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Adresse de correspondance :** *(adresse d'expédition du courrier)*

N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle

N° - Extension \_\_\_\_\_ Type et nom de voie \_\_\_\_\_

Mention spéciale de distribution et numéro (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

*(Facultatif) Ecrire lisiblement*

## 2 . DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé : \_\_\_\_\_

Date de l'obtention du diplôme : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° diplôme : \_\_\_\_\_

Lieu d'obtention : \_\_\_\_\_

Adresse de l'Institut de formation : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays de délivrance : \_\_\_\_\_

### En cas de **DIPLÔME D'ÉTAT MEMBRE DE L'UNION EUROPÉENNE** (Autorisation d'exercice)

Date de délivrance de l'autorisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° de délivrance : \_\_\_\_\_

DRASS ayant délivré l'autorisation(Région) \_\_\_\_\_

### 3. LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT *(Facultatif):*

\_\_\_\_\_

### 4. AUTRES DIPLÔMES – TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC LA PROFESSION *(Facultatif)*

*Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité.*

- Diplôme : \_\_\_\_\_  DE  spécialité  compétence  capacité

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Organisme formateur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d'abandon de cet exercice *(le cas échéant)* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Diplôme : \_\_\_\_\_  DE  spécialité  compétence  capacité

Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Organisme formateur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date d'abandon de cet exercice *(le cas échéant)* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## 5 . 2 MODE D'EXERCICE LIBÉRAL

Non conventionné

Conventionné N° de praticien :

Exercice individuel     SCM     Collaboration (association)    *Exercice en SCP, SEL ou SELARL (voir page 5)*

N° de SIRET :

Date début d'activité :  /  /

### Adresse du cabinet :

*N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

*N° - Extension              Type et nom de voie*

*Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*

*Code postal              Ville*

Tél. professionnel :  .  .  .  .           Portable :  .  .  .  .

Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
*Ecrire lisiblement*

Cabinet secondaire :     NON     OUI

### Adresse du cabinet secondaire :

*N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

*N° - Extension              Type et nom de voie*

*Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*

*Code postal              Ville*

Tél. professionnel :  .  .  .  .

**Exercice en groupe :**     SCP  SEL  SELARL

Nom de la société : \_\_\_\_\_

N° d'inscription de la société à l'ordre: \_\_\_\_\_

**Adresse de la société :** \_\_\_\_\_

*N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

\_\_\_\_\_  
N° - Extension            Type et nom de voie

\_\_\_\_\_  
*Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*

\_\_\_\_\_  
Code postal            Ville

Tél. de la société : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_    Portable : \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

N° de SIRET : \_\_\_\_\_            Nombre d'associés : \_\_\_\_\_

**Vous exercez en secteur libéral avec le statut de remplaçant(e) :**

DE FAÇON PERMANENTE             DE FAÇON PONCTUELLE

Autorisation de la DDASS du : \_\_\_\_\_  
*Nom du département*

Date de la délivrance de l'autorisation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Prénom et nom du titulaire du cabinet 1 :** \_\_\_\_\_

N° d'inscription à l'ordre du titulaire 1 : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

*N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

\_\_\_\_\_  
N° - Extension            Type et nom de voie

\_\_\_\_\_  
*Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*

\_\_\_\_\_  
Code postal            Ville

**Prénom et nom du titulaire du cabinet 2 :** \_\_\_\_\_

N° d'inscription à l'ordre du titulaire 2 : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

*N° d'appartement ou de boîte à lettre - Étage - Couloir - Escalier - Entrée - Tour - Immeuble - Bâtiment - Résidence - Zone industrielle*

\_\_\_\_\_  
N° - Extension            Type et nom de voie

\_\_\_\_\_  
*Mention spéciale de distribution et n° (BP, TSA....) ou lieu- dit, commune si différent de la ligne ville ci-dessous*

\_\_\_\_\_  
Code postal            Ville



# PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR EN VUE DE L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Ce formulaire de 7 pages est à renvoyer sans être plié en LR/AR à :

**Conseil Départemental de l'Ordre des Infirmiers**  
**31 rue de Paris**  
**06000 NICE**

**dans les plus brefs délais, accompagné des documents justificatifs suivants :**

## POUR TOUS LES INFIRMIERS

- Photo d'Identité au format 35 x 45 mm, collée sur la première page.
- Photocopie recto verso de la carte d'Identité **ou** photocopie du Passeport ou extrait de naissance [www.acte-naissance.fr](http://www.acte-naissance.fr)
- Photocopie d'un justificatif de domicile (Une facture d'électricité, de gaz **ou** de téléphone) datant de moins de trois mois
- Photocopie du Diplôme d'Etat recto-verso **ou**, pour les nouveaux diplômés, l'attestation provisoire de réussite
- Photocopie de l'autorisation d'exercice si diplôme UE **ou** Hors UE (DRASS de la Région d'exercice UE, Ministère de la Santé Hors UE)
- Photocopie des autres diplômes infirmiers
- Chèque de 75 euros libellé à l'ordre de « **l'Ordre National des Infirmiers** »

**Il convient d'ajouter selon les cas :**

### POUR LES SALARIES

- Photocopie de l'inscription au fichier ADELI **ou** photocopie de la carte professionnelle. (DDASS du département d'exercice)
- Photocopie du haut de la dernière feuille de paie pour l'identification de chaque employeur
- Photocopies du **ou** des contrats de travail actuels liés à votre exercice salarié excepté pour les fonctionnaires qui relèvent du statut de la fonction publique.

### POUR LES LIBERAUX **ou** MIXTES

- Photocopie de l'inscription au fichier ADELI **ou** photocopie de la carte professionnelle **ou** une feuille de soins originale. (DDASS du département d'exercice - CPAM)
- Photocopie de l'attestation d'Assurance Responsabilité Civile Professionnelle en cours de validité
- Photocopies de tous les contrats liés à l'exercice libéral (collaboration, remplacement, statuts des sociétés, etc.).