

cadre réservé a l'Ordre

N° d'inscription a l'Ordre /

Date de l'inscription au tableau : / /

Formulaire de demande d'inscription au Tableau de l'Ordre des infirmiers de la Polynésie française

1. **ÉTAT CIVIL** : Mme Mlle M.

Nom de famille :
Nom de naissance

Nom d'usage :
Nom d'épouse, veuve, divorcée

Prénoms :
Souligner le prénom usuel

Nom et prénom d'exercice :
Nom et prénom figurant sur la fiche de paye

Naissance : Date / / 19.....
(jour / mois / année)

Commune :

Code postal : Pays :

Nationalité :

Adresse de correspondance en PF

.....

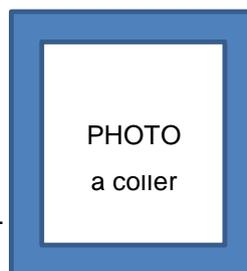
Boite postale :

code postal Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Fax :

Courriel :@..... (lisible svp)



2. DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé :

Date de l'obtention du diplôme : / /
(jour / mois / année)

Lieu d'obtention :

Adresse de l'Institut de formation :
.....

Code postal !.....!.....!.....!.....! Ville :

Pays :

Date d'enregistrement à la **Direction de la santé de Polynésie française** : / /
N° :/.....

3. ÉVENTUELLEMENT AUTORISATION D'EXERCICE DELIVRÉE

(Exigée pour les titulaires de certains diplômes ou titre non reconnus comme équivalent au diplôme d'état français)

Date de délivrance de l'autorisation / /
(jour / mois / année)

N° de délivrance : / /

Par le préfet ou l'ARS de la région de :

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

Intitulé :

Date de l'obtention : / /
(jour / mois / année)

Adresse de l'organisme de formation :
.....

Code postal !.....!.....!.....!.....! Ville :

Intitulé : !.....!

Date de l'obtention du diplôme : / /
(jour / mois / année)

Adresse de l'organisme de formation :
.....

Code postal !.....!.....!.....!.....! Ville :

Parlez-vous une langue Polynésienne ? oui non

si oui laquelle

5. EXERCICE PROFESSIONNEL

5.1 En attente emploi

5.2 Mode d'exercice salarié

Vous exercez à temps plein : OUI NON

Si NON : pourcentage de temps plein : %

Date de votre 1^{ère} embauche en PF / /
(jour / mois / année)

Fonction :

Vous faites partie de

Etablissement privé (clinique et autres)

Fonction Publique de Polynésie française (F.P.P.F)

Fonction d'Etat (Education nationale , autre ministere)

Corps d'État Administratif de la Polynésie Française (C.E.A.P.F)

Autres (ANFA ou autres, à préciser)

Statut : Titulaire stagiaire contractuel

Votre contrat :

CDI CDD Vacataire

Fonction Publique de Polynésie française (F.P.P.F)

Fonction d'État (Education nationale , autre ministère)

Corps d'État Administratif de la Polynésie Française (C.E.A.P.F)

Autres (ANFA ou autres, à préciser)

Statut : Titulaire stagiaire contractuel

Votre contrat :

CDI CDD Vacataire

5.3 Mode d'exercice libéralConventionné N° I :Non conventionné Exercice individuel Exercice en groupe : Collaboration Association

Nom et Prénom de votre associé :

Joindre copie de votre contrat d'association

N° Tahiti :

Date de début d'activité : / /
(jour / mois / année)

Zone d'activité :

Adresse géographique de votre local professionnel :

Boîte postale :

code postal Ville :

Téléphone professionnel :

Téléphone portable :

Fax :

Courriel :@.....

Vous exercez en secteur libéral avec le statut de remplaçant(e) :**Autorisation d'exercice - code Tiers CPS : T000.....**Date prévisionnelle de début d'activité : / /
(jour / mois / année)

6. Reproduire, à la main dans le cadre ci-dessous ,la phrase :

" Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au Tableau de l'Ordre des infirmiers de la Polynésie française n'est à mon encontre "

Conformément à l'arrêté N°451/CM du 02/04/2009 fixant la liste des pièces à produire, pour l'inscription au tableau du conseil de l'Ordre des infirmiers de la Polynésie française :

un original de votre extrait de casier judiciaire n°3 datant de moins de 3 mois, est obligatoire pour la constitution de votre dossier .

Nom de votre père :

son Prénom :

Nom de JF de votre mère :

son Prénom :

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité. Je m'engage à envoyer au Conseil de l'Ordre des Infirmiers de Polynésie française un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes. Je m'engage à répondre à toute demande de renseignement émanant du conseil de l'Ordre pour l'application des textes en vigueur relevant de ses compétences.

Date : / /

Signature : (précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé")

Les réponses aux questions posées dans ce questionnaire sont obligatoires, Le défaut de réponse pourrait entraîner , soit un refus d'inscription, soit un retard dans l'examen de votre dossier, le temps que vous les fournissiez.

Vos données sont en premier lieu destinées à l'Ordre, afin de concourir à l'élaboration du tableau ordinal. Elles permettent aussi de répondre aux obligations du code de la santé publique et de mener des études chiffrées sur la démographie de la profession. Elles servent enfin à l'Ordre pour l'envoi de son bulletin, ou d'informations ordinales strictement liées à l'exercice de la profession.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des infirmiers de la Polynésie française

Fait à :

Date : / /

Signature :

**Coordonnées du COIPF pour retour du dossier par courrier
avec la cotisation pour l'année en chèque :**

Conseil de l'Ordre des Infirmiers de la Polynésie Française
BP 51566 - 98716 PIRAE
email: coipf.tahiti@gmail.com
vini : 87 71 18 94
fixe : 40 53 28 12

Vous pouvez déposer votre dossier au local du Conseil de l'Ordre sur RDV

En vertu de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à la loi informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant.
Pour exercer ce droit, adressez-vous au COIPF.

PIÈCES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

- * Le présent **formulaire** dûment rempli et signé ,avec photo d'identité au format 35x45 mm collée en première page ;
- * Photocopie d'une **pièce d'identité** en cours de validité (carte d'identité, passeport ou extrait d'acte de naissance datant de moins de trois mois) ;
- * Photocopie recto-verso de votre **diplôme d'Etat français** ou d'un autre diplôme reconnu équivalent au niveau européen
(les nouveaux diplômés peuvent photocopier leur attestation provisoire de réussite de diplôme en attendant l'obtention de l'original de leur diplôme)
- * **L'original du diplôme** doit être enregistré à la Direction de la santé.
- * Photocopie de vos **autres diplômes** infirmiers éventuels
- * Extrait de **casier judiciaire n°3** datant de moins de 3 mois (**fournir un original**)
- * Un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle vous étiez antérieurement inscrit (e) ou enregistré (e) ou à défaut, une déclaration sur l'honneur certifiant que vous n'avez jamais été inscrit (e) ou enregistré ou à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un Etat de l'Union européenne ou de l'espace économique européen.
- * Le certificat de radiation de l'ordre infirmiers auprès duquel vous étiez inscrit.
- * **Cotisation de 5 000 XPF pour l'année civile en cours**

Modes de paiement :

- **chèque postal ou bancaire libellé à l'ordre du Conseil de l'Ordre des Infirmiers de Pf (COIPF)**
et adressé à la boîte postale du COIPF.

- **virement bancaire sur compte Socredo agence Pirae :**
17469 00005 20416480000 19

Sur Motif : votre NOM et Prénom.

Joindre le n° de virement ce document :

Il convient d'ajouter ,selon les cas :

Pour les salariés : Attestation de travail de votre employeur en PF
Attestation de cessation d'activité (de votre employeur précédent)

Pour les libéraux : Photocopie de votre attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle en cours de validité
Photocopie d'attestation d'inscription au répertoire territorial des entreprises (contribution patente)
Copie du contrat d'association

Pour les ressortissants étrangers

* Si vous êtes membre d'un état de l'Union européenne ou de l'espace économique européen et que vous n'avez pas l'un de ces diplômes : photocopie des titres de formation, attestation ou certificats et éventuellement autorisation d'exercice prévus par le code de la santé publique (art. L. 4311-4) et l'arrêté du 10 juin 2004 modifié (accompagné le cas échéant d'une traduction, faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives desdits Etats).

* Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat étranger, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de votre Etat d'origine de provenance.

* Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat de l'Union européenne ou de l'espace économique européen qui exige une preuve de moralité ou d'honorabilité, cet extrait peut être remplacé par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de votre état d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez ces conditions de moralité ou d'honorabilité.

