

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

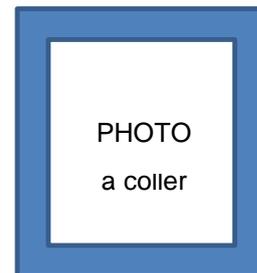
Nom d'épouse :

Prénoms :
Souligner le prénom usuel

Date de naissance

Lieu de naissance

Nationalité



2. **ADRESSE POSTALE en Polynésie française**

BP

Commune

Code postal

Ile

3. **ADRESSE GÉOGRAPHIQUE en Polynésie française**

Commune

Quartier et PK

Ile

4. **TELEPHONE en Polynésie française**

Portable

Fixe/domicile

Bureau

5. **ADRESSE COURRIEL (lisible SVP)**@.....

6. DIPLÔME D'INFIRMIER



Intitulé :

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

Lieu d'obtention :

Nom et adresse de l'Institut de formation :
.....

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

Pays :

Date d'enregistrement du diplôme à l'ARASS : / /

N° d'enregistrement délivré par l'ARASS: N°...../.....

7. ÉVENTUELLEMENT AUTORISATION D'EXERCICE DELIVRÉE

(Si diplôme non équivalent au DE français)

Date de délivrance de l'autorisation :/...../.....

N° de délivrance :

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

8. AUTRES DIPLÔMES - TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC LA PROFESSION

(Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité.)

Intitulé :

Date d'obtention : / /
(jour / mois / année)

Lieu d'obtention :

Nom et adresse de l'Institut de formation :

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

N° d'enregistrement délivré par l'ARASS (*le cas échéant*) :

Intitulé :

Date d'obtention: / /
(jour / mois / année)

Lieu d'obtention :

Nom et adresse de l'Institut de formation :

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

N° d'enregistrement délivré par l'ARASS (*le cas échéant*) :

9. LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT

.....

Parlez-vous une langue Polynésienne ?

Si oui, laquelle:



10. EXERCICE PROFESSIONNEL

10.1 En recherche d'emploi

10.2 Mode d'exercice salarié

Vous exercez à temps plein : OUI NON

Si NON : pourcentage de temps : %

Date de votre embauche en PF : / /
(jour / mois / année)

Nom de l'établissement:

Nom du service:

Fonction:

Téléphone de l'établissement:

Vous faites partie de :

Etablissement privé (clinique et autres)

Fonction Publique Territoriale

Fonction d'État (Education nationale , autre ministère)

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

Autres (ANFA)

Statut : Titulaire stagiaire contractuel

Votre contrat :

CDI

CDD

Vacataire

10.3

Mode d'exercice libéral



- Conventionné
- Non conventionné
- Exercice individuel
- Exercice en groupe
- Collaboration
- Association

N° I (délivré par la CPS):
 Code Tiers CPS : T000.....

Nom et Prénom de votre associé:

Nom et Prénom de votre collaborateur:

Fournir votre contrat d'association ou votre contrat de collaboration à l'OIPF

N° Tahiti (ISPF):

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

Zone d'activité :

Adresse géographique exacte de votre local professionnel :

Ile
 Commune
 BP
 Code postal

Fournir le bail de votre local professionnel à l'OIPF

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

Autorisation d'exercice - code Tiers CPS : T000.....

Date prévisionnelle de début d'activité :

*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. En vertu de la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à vos données saisies dans notre base de données. Pour exercer ce droit, adressez vous par écrit au COIPF.*

11. 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 en cours 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 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 . (*copie de la demande internet d'ECJ acceptée et transmettre l'original dès réception)

Nom du père :
Prénoms du père
Nom de JF de la mère
Prénoms de la mère

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

"J'affirme avoir pris connaissance du code de déontologie des infirmiers et je fais serment de le respecter"

**J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.
Je m'engage à informer l'OIPF de tout changement de situation professionnelle me concernant.
Je m'engage à répondre à toute demande de renseignement émanant du COIPF en rapport avec les textes en vigueur relevant de ses compétences.
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 : **Le :**/...../.....

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

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 fournir leur attestation provisoire de réussite en attendant la délivrance du diplôme définitif qui devra nous être transmis.
- Photocopie **recto-verso** de vos autres diplômes infirmiers éventuels (Puériculture, IBODE, IADE, CDS).
- Original** d'extrait de casier judiciaire n°3 **datant de moins de 3 mois**. (*copie de la demande internet de l'ECJ acceptée et transmettre l'original dès réception)
- Paiement de la cotisation ordinale annuelle d'un montant de 5 000 XPF (pour l'année civile en cours).
 - _ Par chèque bancaire à l'ordre du COIPF
 - _ Par virement bancaire sur le compte de l'OIPF **SOCREDO IBAN FR76 1746 9000 0520 4164 8000 019 code ETB 17469 - code guichet 00005 - N° compte 20416480000 - clé RIB 19**

* En cas de paiement de la cotisation par une tierce personne, merci de préciser impérativement le Nom et le Prénom de l'infirmier concerné.

* En cas de virement, nous fournir le justificatif de la transaction.

- Attestation de radiation de l'Ordre infirmier auquel vous étiez inscrit(e) ou, une attestation sur l'honneur certifiant que vous n'avez jamais été inscrit(e).
 - Attestation de l'ARASS
-

- 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 : photocopies des titres de formation, attestation ou certificat 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 (accompagnés 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 ou 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 Etat d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez ces conditions de moralité ou d'honorabilité.
-

Pour un exercice salarié:

- Attestation de cessation d'activité de votre ancien employeur.
- Attestation de travail de votre employeur en Polynésie française.



Pour un exercice libéral:

- Attestation de cessation d'activité de votre ancien employeur.
- Justificatif d'une activité professionnelle de trente six mois (36), soit un total de 4 800 heures de temps de travail effectif durant les six dernières années.
- Photocopie de votre patente.
- Photocopie de votre Situation au répertoire des entreprises / N° TAHITI.
- Photocopie de votre assurance responsabilité civile et professionnelle en cours de validité (non obligatoire mais fortement recommandée)
- Photocopie de votre code Tiers délivré par la CPS.
- Photocopie de votre n° I délivré par la CPS (Infirmier titulaire).
- Photocopie du bail de votre local professionnel (Infirmier titulaire).
- Photocopie de votre contrat d'association ou de collaboration le cas échéant (Infirmier titulaire).
- Photocopie de de votre contrat de vente en cas de rachat de patientèle (Infirmier titulaire).

Le dossier d'inscription est à envoyer accompagné de toutes les pièces demandées à:

Conseil de l'Ordre des Infirmiers de la Polynésie française
BP 51566 - 98716 PIRAE - TAHITI

De préférence par mail : secretariat@infirmiers.pf ou coipf.tahiti@infirmiers.pf

Il peut être déposé également au siège de l'Ordre des Infirmiers de Polynésie française sur RDV

Contact SECRETARIAT: secretariat@infirmiers.pf

Téléphone: 87 71 18 94

Permanence: du lundi au jeudi de 7h à 11h30, le vendredi de 7h à 11h

Contact COIPF: coipf.tahiti@infirmiers.pf

Site internet: www.infirmiers.pf