|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION A L’AUTORISATION D’EXERCICE TEMPORAIRE**

|  |
| --- |
| **Pièces à fournir** |

**□** Le formulaire d’inscription

**□** La copie lisible de la pièce d’identité, du passeport ou du titre de séjour, en cours de validité à la date de clôture des inscriptions

**□** La copie du diplôme : doctorat, certificat ou autre titre de docteur en médecine, en pharmacie, en chirurgie- dentaire ou du diplôme de sage-femme permettant l’exercice de la profession dans le pays d’obtention

**□** Le document officiel, attribuant la qualité de réfugié politique, apatride, bénéficiaire de la protection subsidiaire ou bien celle de français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises, pour justifier de l’inscription spécifique en cette qualité

**□** Pour les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises, tout document permettant de prouver leur retour dans les trois mois suivant la consigne donnée par les autorités

**□** Le formulaire d’engagement d’accueil d’une structure agréée pour la formation des étudiants de troisième cycle des études de médecine, d’odontologie, de la pharmacie ou, pour les sages-femmes, dans l’unité obstétrique d’un établissement de santé public, privé d’intérêt collectif ou privé.

*Toutes les pièces justificatives, accompagnant la demande de candidature, doivent être rédigées en langue française ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français, ou pour les candidats résidant à l’étranger, avoir fait l’objet d’une traduction certifiée par les autorités consulaires françaises.*

Le formulaire ci-joint accompagné de l’ensemble des pièces constitutives de votre dossier est à transmettre dûment complété et signé, **par tout moyen donnant date certaine à sa réception**, à l’agence régionale de santé de votre lieu de résidence.

**Formulaire d’inscription**

**Profession**:

**Spécialité**:

1. **Etat civil**

**Monsieur □ Madame □**

**Nom de famille ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Nom d’usage ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Prénoms ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Date de naissance ∟∟/∟∟/∟∟∟∟**

**Lieu de naissance ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Pays ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Nationalité ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Coordonnées :**

**Résidence∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Bâtiment ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟ Escalier ∟∟∟∟**

**Numéro ∟∟∟∟∟**

**Rue ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Code postal ∟∟∟∟∟ Commune∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**Pays ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

**N° de téléphone fixe ∟∟ ∟∟ ∟∟ ∟∟ ∟∟**

**N° de portable ∟∟ ∟∟ ∟∟ ∟∟ ∟∟**

**Adresse email ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟**

1. **Diplôme de la profession considérée**

**Intitulé du diplôme** :

**Date d’obtention :**

**Pays d’obtention :**

**Délivré par :**

**Date de reconnaissance du diplôme dans un pays membre de l’Union européenne, le cas échéant** :

**Diplômes de spécialisation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pays** | **Intitulé** | **Date** | **Université** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Exercice professionnel : fonctions exercées**

**dans le pays d’origine et à l’étranger**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature** | **Lieu et Pays** | **Période** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Fait à , le

*Signature du candidat*