

- Démarche : Bourgogne Franche-Comté - Demande d'autorisation temporaire d'exercice des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique, en vertu des dispositions prévues par le décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024, à destination des IDE ayant déjà bénéficié de mesures transitoires relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1
- Organisme : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Bourgogne Franche-Comté (DREETS)

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Le dispositif transitoire MT10 actes vise à permettre aux infirmiers diplômés d'Etat en soins généraux (IDE) d'exercer l'ensemble des actes prévus à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique. Ce formulaire est destiné aux IDE ayant déjà bénéficié de mesures transitoires relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique et prévues par le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019

J'atteste avoir déjà bénéficié des mesures transitoires prévues par le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 et relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique

Si vous n'avez pas déjà bénéficié des mesures transitoires prévues par le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 et relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique, vous devez vous rendre sur le formulaire :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/bourgogne-franche-comte-demande-d-autorisation-tem-2>

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Civilité

Mme

M.

Nom

Renseignez votre NOM de naissance en MAJUSCULES :

Bourgogne Franche-Comté - Demande d'autorisation temporaire d'exercice des actes et activité

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Date de diplomation IDE

Lieu de diplomation IDE

Identité de l'employeur

Adresse de l'employeur

Je soussigné(e), infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat, atteste être affecté(e) en bloc opératoire

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Veuillez déposer : une copie lisible recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt du dossier

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Veuillez déposer : une copie de votre attestation temporaire ou définitive obtenue en application du décret n° 2019-678 du 28 juin 2019

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Veuillez déposer : L'attestation, justifiant de votre affectation en bloc opératoire à la date de la demande, complétée par l'employeur

Si vous êtes salarié d'une entreprise de travail temporaire, l'attestation relative à votre affectation en bloc et expérience d'un an le cas échéant, doit être signée par l'entreprise de travail temporaire et l'établissement dans lequel vous êtes actuellement affecté en bloc.