

Démarche : DREETS-HDF\_ATTTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des professions paramédicales

Organisme : Service des formations sociales et paramédicales

## Identité du demandeur

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

## Formulaire

Vous souhaitez exercer dans l'un des pays de l'Union Européenne ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse sollicitant une attestation de conformité à la Directive 2005/36/CE (article 11) et vous avez obtenu votre diplôme paramédical en Hauts-de-France, vous pouvez déposer ici votre demande.

### Descriptif

Vous souhaitez exercer dans l'un des pays de l'Union Européenne ou en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse, sollicitant une attestation de conformité à la Directive 2005/36/CE et vous avez obtenu votre diplôme paramédical en Hauts-de-France, vous pouvez déposer ici votre demande.

**ATTENTION :** si vous avez obtenu votre diplôme dans une autre région, veuillez vous adresser à la région concernée.

Avant de commencer votre démarche, vous devez vous munir des pièces suivantes :

- copie d'une pièce d'identité (formats numériques .jpg ou .png uniquement),
- copie du diplôme pour lequel vous demandez l'attestation de conformité, (formats numériques .jpg, .pdf ou .png uniquement)

**ATTENTION :** Si vous ne disposez pas de votre diplôme, vous devez fournir une attestation de perte.

Au moment de l'instruction de votre demande, vous recevrez un message vous confirmant que celle-ci a bien été prise en compte par notre service.

L'attestation de conformité sera accessible dans votre espace personnel dans le présent formulaire, vous serez tenu informé par courriel.

## VOTRE DIPLOME

Lieu de délivrance du diplôme : Hauts-de-France

# DREETS-HDF ATTESTATION de CONFORMITÉ à la Directive Européenne 2005/36/CE des profes

Si "Non", veuillez vous adresser à la DREETS territorialement compétente et ne pas renseigner la suite de ce formulaire.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Profession concernée

Renseignez ici la profession concernée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ AIDE-SOIGNANT

☐ AMBULANCIER

☐ AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

☐ ERGOTHERAPEUTE

☐ INFIRMIER (GENERALISTE)

☐ INFIRMIER ANESTHESISTE

☐ INFIRMIER DE BLOC OPERATOIRE

☐ INFIRMIER EN PUERICULTURE

☐ MANIPULATEUR D'ELECTORADIOLOGIE MEDICALE

☐ MASSEUR-KINESITHERAPEUTE

☐ PEDICURE-PODOLOGUE

☐ PREPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIERE

☐ PSYCHOMOTRICIEN

☐ TECHNICIEN DE LABORATOIRE

## Date de délivrance du diplôme

Renseignez la date de délivrance du diplôme :

## Numéro de diplôme

Renseignez votre numéro de diplôme :

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Diplôme

Insérer votre diplôme (ou à défaut, une attestation de perte) pour lequel vous demandez une attestation de conformité (formats acceptés : .jpg, .pdf ou .png) :

## VOTRE IDENTITE

### Nom de naissance

Renseignez votre NOM de naissance en MAJUSCULES :

**Prénoms**

Renseignez vos prénoms dans l'ordre de l'État civil, en Minuscules séparés par des virgules (ex : Sophie, Line, Rosa) :

**Date de naissance**

Renseignez votre date de naissance :

**Lieu de naissance**

Renseignez votre commune de naissance, précisez l'arrondissement pour Paris, Lyon et Marseille (ex : PARIS 10EME)

**Pays de naissance**

Renseignez votre pays de naissance :

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Pièce d'identité recto/verso (formats acceptés : .jpg, .pdf ou .png)

## VOTRE ADRESSE DE MESSAGERIE

**Adresse de messagerie**

Renseignez votre adresse de messagerie :