

Démarche	: DRIEETS-IDF_Demande d'autorisation temporaire (AT) d'exercice des 10 actes exclusifs IBODE par les IDE exerçant au bloc opératoire et n'ayant jamais bénéficié des mesures transitoires en 2019-2021 (3 actes)
Organisme	: Service des professions paramédicales

## 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 n'ayant jamais 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

MERCI DE RESPECTER LES CONSIGNES DE REMPLISSAGE

**J'atteste n'avoir jamais 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 avez 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 : DRIEETS-IDF\_Demande d'autorisation temporaire d'exercice (AT) des 10 actes exclusifs IBODE pour les IDE exerçant au bloc opératoire et ayant déjà bénéficié des mesures transitoires en 2019-2021 (3 actes) . demarches-simplifiees.fr

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Exercice en Ile-de-France

Si vous n'exercez pas en Ile-de-France, veuillez vous rapprocher de la DREETS de votre région d'exercice

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Nom de naissance

En MAJUSCULES - suivi du nom d'usage si ce dernier est libellé sur les document d'identité  
(Jamais le nom d'épouse-époux)

# DRIEETS-IDF\_Demande d'autorisation temporaire (AT) d'exercice des 10 actes exclusifs IBODE pa

## Prénom(s)

MERCI DE RESPECTER CETTE CONSIGNE : Indiquer l'ensemble de vos prénoms - 1ère lettre en Majuscule - dans l'ordre de l'état civil - séparés par une virgule et un espace.

## Date de naissance

## Lieu de naissance

Indiquer la VILLE de naissance en MAJUSCULES puis :  
l'arrondissement et le N° de (département) - ex : PARIS 12ème (75) ou LILLE (59) ou (le pays) - ALGER (Algérie)

## Votre numéro de téléphone

merci de renseigner votre numéro de téléphone

## Date de diplomation IDE

## Lieu de diplomation IDE

## Identité de l'employeur

## Adresse de l'employeur

## Courriel de l'employeur

**Je soussigné(e), infirmier(ère) diplômé(e) d'Etat, atteste être affecté(e) en bloc opératoire depuis au minimum un an en équivalent temps plein (ETP) au cours des trois dernières années**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Copie lisible recto verso d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt 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

Copie du diplôme d'Etat d'infirmier ou une copie du diplôme, certificat ou titre de formation de l'Etat d'obtention du diplôme et de l'autorisation d'exercice de la profession d'infirmier délivrée en France

Veuillez déposer : une copie du diplôme d'Etat d'infirmier ou une copie du diplôme, certificat ou titre de formation de l'Etat d'obtention du diplôme et de l'autorisation d'exercice de la profession d'infirmier délivrée en France

# DRIEETS-IDF\_Demande d'autorisation temporaire (AT) d'exercice des 10 actes exclusifs IBODE pa

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

- Attestation, justifiant de votre affectation en bloc opératoire et de votre expérience en bloc opératoire d'une durée d'un an au cours des trois dernières années, complétée par l'employeur

Veuillez déposer : L'attestation DATÉE, SIGNÉE et TAMPONNÉE, justifiant de votre affectation au bloc opératoire ET de votre expérience en bloc opératoire d'une durée d'1 an en équivalent temps plein au cours des trois dernières années, complétée par l'employeur.

ATTENTION : 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.

## **Observations**