

Démarche : Fichier PS : Infirmier : calcul de l'expérience = conditions pour exercer à titre libéral

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

## Identité du demandeur

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

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet à un(e) infirmier(e) de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour vérifier le respect des conditions pour exercer à titre libéral

### Identification

Votre nom

Votre prénom

Votre N° RPPS

Numéro composé de 11 caractères

Votre numéro de sécurité sociale

Dans quel département habitez-vous ?

Votre adresse personnelle

Fichier PS : Infirmier : calcul de l'expérience = conditions pour exercer à titre libéral

Votre adresse Email

Votre numéro de téléphone

## Pièces justificatives à fournir

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

☐ Votre inscription auprès du conseil de l'ordre

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

☐ Votre diplôme d'état

**Vos bulletins de salaire**

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

☐ Vos bulletins de salaire

18 mois à temps plein pour remplacer

ou 24 mois à temps plein pour une installation

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

☐ Vos bulletins de salaire

18 mois à temps plein pour remplacer

ou 24 mois à temps plein pour une installation

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

☐ Vos bulletins de salaire

18 mois à temps plein pour remplacer

ou 24 mois à temps plein pour une installation

## Précisions sur votre projet d'exercer à titre libéral

Vos précisions

## Engagement

**En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Fait à :**

Indiquez la commune

**Le :**

--