



Cadre réservé à l'ordre

N° d'inscription à l'ordre : _____ Dossier complet : oui non
Date de l'inscription au tableau : _____ Collège : Public Privé

Exercice Salarié

Demande d'inscription au tableau de l'Ordre National des Infirmiers

Formulaire réservé aux infirmiers ayant un exercice salarié

A REMPLIR EN MAJUSCULES

N° du département de mon exercice principal : _____

1 ÉTAT CIVIL Mme M.

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____
Nom utilisé dans la vie courante (épouse, veuve, divorcée).

Prénoms : _____
Souligner le prénom usuel.

Nom et prénom d'exercice : _____
Utilisés dans l'exercice de la profession.

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____

N° de département du lieu de naissance : _____ Pays de naissance : _____

Nationalité actuelle : _____

Le cas échéant, la date d'acquisition de la nationalité française : ____ / ____ / ____

Adresse de correspondance : (adresse précise d'expédition du courrier)

N° d'appartement ou de boîte aux lettres - Étage - Couloir - Escalier

Entrée - Tour - Bâtiment - Immeuble - Résidence - Zone industrielle

N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)

BP - lieu-dit

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____ Portable : _____

Téléphone fixe : _____



Courriel **(mention obligatoire)** : _____

Votre N°ADELI : _____

Si en votre possession.

N.B. Si vous n'êtes pas déjà enregistré(e) auprès de l'ARS, vous devez le faire au plus vite et nous communiquer aussitôt votre n°ADELI : il est obligatoire pour exercer.

FORM-ONT-SALARIE-06/2017

 Ordre national des infirmiers
 @OrdreInfirmiers
 www.ordre-infirmiers.fr

Ces éléments relèvent de la vie privée

Adresse professionnelle



2 DIPLÔME D'INFIRMIER

Intitulé : _____

Si diplôme étranger, l'inscrire dans la langue d'origine.

Date de l'obtention du diplôme : ____ / ____ / ____ N° diplôme : _____

Lieu d'obtention : _____

Lieu figurant sur le diplôme.

Pays de délivrance : _____

Voir photocopie diplôme

3 ÉVENTUELLE AUTORISATION D'EXERCICE DÉLIVRÉE PAR LE PRÉFET DE RÉGION

(Si diplôme non équivalent au DE français)

Date de délivrance de l'autorisation : ____ / ____ / ____

Par le préfet de la région de : _____

4 AUTRES DIPLÔMES

TITRES OU GRADES PROFESSIONNELS EN LIEN AVEC LA PROFESSION

Autres diplômes professionnels, spécialité, compétence, capacité

Intitulé : _____ DE spécialité compétence capacité

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Organisme formateur : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'abandon de cet exercice *(le cas échéant)* : ____ / ____ / ____

Non obligatoire

Intitulé : _____ DE spécialité compétence capacité

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Organisme formateur : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Date d'abandon de cet exercice *(le cas échéant)* : ____ / ____ / ____

5 LANGUES ÉTRANGÈRES PARLÉES COURAMMENT *(facultatif)*



6 EXERCICE PROFESSIONNEL : Mode d'exercice salarié

Vous exercez à temps plein OUI NON Si NON : pourcentage de temps : %

Date de votre dernière embauche : ____ / ____ / ____

Fonction : _____
Inscrite sur la fiche de paye

Raison sociale de l'employeur : _____
Nom de l'établissement

N° de FINESS : _____ ou N° de SIRET : _____
Si inscrit sur la fiche de paye Si disponible

Adresse de l'activité :

_____ Nom de l'établissement

_____ Nom du service - Étage - Couloir - Escalier

_____ N° et libellé de la voie (rue, avenue, boulevard...)

_____ BP - lieu-dit

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Vous faites partie de l'une des trois Fonctions publiques (hospitalière, territoriale ou de l'Etat) :

Statut : Titulaire Stagiaire Contractuel

Vous exercez dans le secteur privé :

Votre contrat : CDI CDD Vacataire Intérimaire

Autre situations :

Bénévole uniquement Réserve Sanitaire Retraité(e) sans activité

Non obligatoire



7 Reproduire à la main, dans le cadre ci-dessous, la phrase :

« Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau de l'Ordre n'est en cours à mon encontre. »

Obligatoire

Cet article n'existe pas dans le Code de la santé publique. A ce jour, l'ONI ne peut pas être autorisé à se procurer le casier judiciaire des infirmier.e.s.

Conformément à l'article R.79 du code de la santé publique, un extrait de casier judiciaire n°2 est obligatoire pour la constitution de votre dossier. L'Ordre se chargera de le demander au service du Casier Judiciaire National.

Pour les personnes nées hors de France uniquement, merci de communiquer ici :

Nom du père : Prénom du père :

Non obligatoire

Nom de la mère : Prénom de la mère :

8 Reproduire à la main, dans le cadre ci-dessous, la phrase :

« J'affirme avoir pris connaissance du code de déontologie des infirmiers et fais le serment de le respecter. »

Obligatoire

La loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification à vos données saisies dans notre base de données. Ce droit s'exerce auprès du Conseil départemental ou Interdépartemental de l'Ordre qui vous a inscrit.

Vous pouvez, en cochant la case ci-après, vous opposer à ce que vos noms et adresses soient utilisés par l'Ordre pour figurer sur l'annuaire en ligne des infirmiers.

Cocher cette case

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus.

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre national des infirmiers, dans le département de mon exercice principal :

Fait à : Le : ____ / ____ /

Obligatoire

SIGNATURE :





Ordre infirmier, c'est toujours NON !
Les salarié.e.s reçoivent l'inscription à l'ordre. La CGT vous indique les pièces obligatoires, facultatives et/ou portant attente à la vie privée.

PIÈCES À FOURNIR PAR LES INFIRMIERS SALARIÉS POUR L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

IMPÉRATIF - NE RIEN AGRAFER - FORMAT A4 (210x297 mm) - IMPÉRATIF

- Le présent formulaire dûment rempli et signé.
- Photocopie **recto-verso** d'une pièce d'identité en cours de validité. (carte nationale d'identité, passeport ou ~~extrait d'acte de naissance~~ <https://mdel.mon.service-public.fr/acte-etat-civil.html> datant de moins de trois mois). Cela n'est pas prévu
- Photocopie **recto-verso** de votre diplôme d'Etat français ou d'un autre diplôme reconnu équivalent au niveau européen.
- Si vous êtes membre d'un Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen et que vous n'avez pas l'un de ces diplômes : photocopies des titres de formation, attestation ou certificat et éventuellement autorisation d'exercice prévus par le code de la santé publique (accompagnés le cas échéant d'une traduction, faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives des dits Etats). Obligatoire
- Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat étranger, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de votre Etat d'origine ou de provenance. Si vous êtes ressortissant(e) d'un Etat de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen qui exige une preuve de moralité ou d'honorabilité, cet extrait peut être remplacé par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de votre Etat d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez ces conditions de moralité ou d'honorabilité.
- Photocopie de vos autres diplômes infirmiers éventuels (*facultatif*). Facultatif
- Un moyen de paiement du montant (30 €) de la cotisation ordinale pour la 1^{ère} année : mandat SEPA (à télécharger sur le site <http://www.ordre-infirmiers.fr>) + RIB (prélèvement automatique) ou un chèque, libellé à l'ordre de «*Ordre National des Infirmiers*». Ce paiement ne sera encaissé qu'après la décision d'inscription prononcée. Ne pas envoyer de moyen de paiement avant la décision d'inscription.
- Photocopie de l'avis de situation ADELI (le plus récent). Si vous le détenez, voir avec votre employeur
- Photocopie du haut de votre dernière feuille de paie, ou une attestation de travail, pour l'identification de votre (vos) employeur(s).
- Photocopies de votre ou vos contrats de travail actuels liés à votre exercice salarié (excepté pour les fonctionnaires, qui relèvent du statut de la fonction publique). Non obligatoire. Ces éléments sont personnels.

Ce formulaire de 4 pages est à envoyer (par lettre recommandée avec A.R.) accompagné des pièces indiquées ci-dessus à :
Conseil national de l'Ordre des infirmiers
Service des préinscriptions
228, rue du Faubourg Saint Martin
75010 PARIS

(Pour tout renseignement vous pouvez contacter nos services du Lundi au Vendredi de 9h à 17 h au 01 70 60 72 53).