ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

Photographie d'identité

DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Réservé à l'Ordre

Conseil départemental : I__I__I
Date d'inscription : ____ / ____ / _____ Numéro départemental : I__I__I__I__I__I__I
Date de 1ère inscription à l'Ordre : ____/____/_____ Numéro RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

I. ETAT CIVIL ET SITUATION PERSONNELLE

1. ETAT CIVIL

Nom de naissance : .....
.....
Prénom de naissance : .....
Prénom(s) complémentaire(s) : .....
.....
Nom d'usage* : .....
.....
Nom d'exercice** : .....
.....
Prénom d'exercice*** : .....

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
Nationalité : .....

Date de naissance : ____ / ____ / _____
Lieu de naissance :
Ville : .....
.....
Département : .....
.....
Pays : .....

* Le nom d'usage est celui utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance.
** Le nom d'exercice doit correspondre soit au nom de naissance soit au nom d'usage.
*** Le prénom d'exercice doit correspondre à l'un des prénoms inscrits dans l'acte de naissance ou à celui obtenu par une modification de l'état civil.

2. SITUATION FAMILIALE *(Ces renseignements facultatifs sont destinés à l'Entraide)*

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Concubin(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
Profession du conjoint : .....
Nombre et date de naissance des enfants : .....
.....

3. RETRAITE *(Y compris si vous continuez d'exercer)*

Date de retraite libérale : ____ / ____ / _____ Date de retraite hospitalière : ____ / ____ / _____
Date de retraite salariée : ____ / ____ / _____

4. LANGUES PARLEES *(En plus du français)*

.....

5. COORDONNEES PERSONNELLES *(Obligatoire pour les médecins non installés et sans activité)*

Adresse postale :.....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

II. DIPLOMES, AUTORISATIONS ET QUALIFICATIONS

Pour information : Le Conseil départemental peut être amené à vérifier l'authenticité des diplômes et autorisations d'exercice auprès de l'autorité les ayant délivrés (article D. 4113-116 du code de la santé publique).

6. DIPLOME DE MEDECIN

☐ Français
☐ Européen (d'un Etat de l'UE ou de l'EEE)
☐ Suisse
☐ Autre

Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Lieu d'obtention : Faculté : ..... Pays : .....

7. AUTORISATION MINISTERIELLE OUVRANT DROIT A L'EXERCICE EN FRANCE

Etes-vous titulaire d'une autorisation ministérielle d'exercice : ☐ Oui ☐ Non
Date de l'arrêté d'autorisation : ____ / ____ / _____

8. SPECIALITE(S) ACQUISE(S)

SPECIALITE(S) OBTENUE(S) EN FRANCE :

☐ **D.E.S** : .....
.....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **D.E.S.C (groupe II)** : .....
.....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **C.E.S** : .....
.....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **Arrêté par équivalence du ministère (C.E.S, D.E.S)** : .....
.....
Date de l'arrêté : ____ / ____ / _____

☐ **Spécialité obtenue par voie de Commission de qualification** : .....
.....
Décision par le Conseil départemental : ..... Date : ____ / ____ / _____
Décision par le Conseil national Date : ____ / ____ / _____

☐ **Spécialité obtenue par autorisation ministérielle d'exercice** : .....
.....
Date de l'arrêté d'autorisation : ____ / ____ / _____

SPECIALITE(S) OBTENUE(S) DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE :

• Spécialité obtenue : .....
.....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Pays d'obtention : .....
Université : .....

• Spécialité obtenue : .....
.....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Pays d'obtention : .....
Université : .....

9. QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE (NON SPECIALISTE)

QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE EN FRANCE :

☐ **Résidanat**
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **Qualification en médecine générale prononcée par le Conseil départemental (Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991)**
Décision par le Conseil départemental : ..... Date : ____ / ____ / _____

QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE (droits acquis en médecine générale) :
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Pays d'obtention : .....
Université : .....

10. COMPETENCE(S) QUALIFIANTE(S)

☐ **C.E.S** : .....
.....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **Compétence obtenue par voie de Commission de qualification** : .....
.....
Décision par le Conseil départemental : ..... Date : ____ / ____ / _____
Décision par le Conseil national Date : ____ / ____ / _____

11. DIPLOME(S) COMPLEMENTAIRE(S) NON QUALIFIANT(S)

☐ **D.E.S.C (groupe I)** :

- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....
- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....

☐ **Droit d'exercice complémentaire (VAE ordinale)** :

- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____

☐ **Capacité(s)** :

- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....
- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....

12. TITRES ET AUTORISATIONS

☐ **Orientation en homéopathie**

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

Faculté : .....

☐ **Orientation en acupuncture**

☐ **Diplôme(s) interuniversitaire(s) (D.I.U) ou universitaire(s) (D.U) ouvrant droit au titre** :

- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....

- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....

- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....

☐ **Titre d'ostéopathe** :

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

☐ **Titre de psychothérapeute** :

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

☐ **Autorisation d'exercer la médecine du travail** (article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) :

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

III. SITUATION ADMINISTRATIVE

13. ENREGISTREMENT AU RPPS PENDANT L'INTERNAT *(A ne renseigner que s'il s'agit d'une première inscription à l'Ordre)*

Avez-vous été enregistré au RPPS pendant votre internat : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez votre n° RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

14. MEDECINS APPARTENANT AUX CADRES ACTIFS DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES *(A ne renseigner que s'il s'agit d'une première inscription à l'Ordre)*

Etes-vous ou avez-vous été inscrit au service de santé des armées : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez votre n° RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Si vous êtes dégagé des cadres, précisez la date : ____ / ____ / _____

15. INSCRIPTION A UN CONSEIL DE L'ORDRE D'UNE AUTRE PROFESSION *(Chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens)*

Etes-vous ou avez-vous été inscrit à un Conseil de l'Ordre d'une autre profession : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez pour quelle profession : .....
Si oui, précisez votre n° RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Précisez le cas échéant votre date de radiation : ____ / ____ / _____

16. INSCRIPTION PRECEDENTE A UN TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS EN FRANCE

1. Avez-vous été inscrit à un tableau de l'Ordre en France : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le dernier département d'inscription : .....
2. Avez-vous fait l'objet d'un refus ou d'un retrait d'inscription en France : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le dernier département ayant prononcé ce refus ou ce retrait ainsi que l'année : .....
.....

17. INSCRIPTION OU ENREGISTREMENT A UN ORDRE OU ORGANISME ASSIMILE DANS UN ETAT MEMBRE DE L'UNION EUROPEENNE OU PARTIE A L'ACCORD SUR L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN OU EN SUISSE

1. Avez-vous ou êtes-vous inscrit ou enregistré dans un Etat membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'EEE ou en Suisse :
☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le ou les Etats d'inscription ou d'enregistrement ainsi que l'année : .....
.....
.....
2. Avez-vous fait l'objet d'un refus d'inscription ou d'enregistrement dans l'un de ces Etats : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le ou les Etats ayant prononcé ce refus ainsi que l'année : .....
.....
.....

18. INSCRIPTION OU ENREGISTREMENT A UN ORDRE OU ORGANISME ASSIMILE A L'ETRANGER (HORS UNION EUROPEENNE, ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN OU SUISSE)

1. Avez-vous ou êtes-vous inscrit ou enregistré dans un pays à l'étranger : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le ou les pays d'inscription ou d'enregistrement ainsi que l'année : .....
.....
.....
2. Avez-vous fait l'objet d'un refus d'inscription ou d'enregistrement dans l'un de ces pays : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez le ou les pays ayant prononcé ce refus ainsi que l'année : .....
.....
.....

19. PRESTATION DE SERVICES

Avez-vous ou êtes-vous enregistré sur la liste des médecins prestataires de services : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez la ou les années : .....
Si oui, précisez le numéro d'enregistrement : .....

IV. SITUATION PROFESSIONNELLE

20. SITUATION PROFESSIONNELLE PREVUE DANS LE DEPARTEMENT

Veuillez préciser sous quelle qualification vous sollicitez votre inscription :

☐ Médecine générale
☐ Autre spécialité : .....

Veuillez préciser ci-dessous votre situation professionnelle (ne cocher qu'une seule case) :

☐ Activité médicale régulière
☐ Activité médicale intermittente ou remplacements réguliers (passer aux questions 23 et suivantes)
Préciser : ☐ libérale et/ou ☐ salariée
☐ Aucune activité médicale (passer aux questions 23 et suivantes)

21. ACTIVITE LA PLUS IMPORTANTE EN TEMPS (ACTIVITE PRINCIPALE)

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

22. AUTRE(S) LIEU(X) D'ACTIVITE *(Au-delà de 2 autres lieux d'activité, veuillez les renseigner en page 10)*

Si vous renseignez un ou plusieurs autres lieux d'activité, nous appelons votre attention sur les dispositions de l'article R. 4127-85 du code de la santé publique selon lesquelles une activité dans un autre lieu que celui de votre activité principale peut être subordonnée à l'autorisation du Conseil départemental de l'Ordre.
Veuillez-vous rapprocher du Conseil départemental du lieu de cette autre activité afin de vérifier si votre situation relève d'une autorisation.

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

23. PLAQUES ET ORDONNANCES *(Articles R. 4127-79 et R. 4127-81 du code de la santé publique)*

Indiquer ci-dessous le libellé de vos plaques :

Indiquer ci-dessous le libellé de vos ordonnances :

24. ANNUAIRES *(Article R. 4127-80 du code de la santé publique)*

Veuillez indiquer ci-dessous les mentions données aux annuaires téléphoniques ou à tout autre annuaire professionnel :

Dans le cas où vous souhaiteriez faire paraitre dans la presse une annonce d'installation, le libellé devra en être soumis, préalablement, à l'approbation du Conseil départemental de l'Ordre (article R. 4127-82 du code de la santé publique).

25. COORDONNEES DE CORRESPONDANCE

Pour être contacté par l'Ordre :

Adresse postale : ..... Tél. : .....
..... Mobile : .....
..... E-mail : .....
....

Pour le RPPS (ces coordonnées serviront notamment à recevoir les messages électroniques de sécurité diffusés par les autorités sanitaires* et à l'envoi de la carte de professionnel de santé) :

Adresse postale : ..... Tél. : .....
..... Mobile : .....
..... E-mail : .....
....

* Conformément à l'article L. 4001-2 du code de la santé publique, à l'occasion de l'inscription au tableau de l'Ordre, les professionnels de santé déclarent auprès du Conseil de l'Ordre compétent une adresse électronique leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires. Cette information est régulièrement mise à jour et transmise aux autorités sanitaires à leur demande.

V. SANCTIONS ET INSTANCES EN COURS

26. SANCTION(S) PRONONCEE(S) EN FRANCE

1. Une ou des sanctions à caractère définitif* ont-elles été prononcées à votre encontre par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

.....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

.....

A quelle(s) date(s) : .....

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat sont-ils en cours : ☐ Oui ☐ Non

2. Avez-vous fait l'objet de condamnation(s) pénale(s), civile(s) ou administrative(s) définitive(s)* :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

.....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

.....

A quelle(s) date(s) : .....

.....

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat ou la Cour de cassation sont-ils en cours : ☐ Oui ☐ Non

* Décision de 1ère instance non frappée d'appel dans le délai de recours ou décision en appel frappée ou non d'un pourvoi.

27. SANCTION(S) PRONONCEE(S) HORS DE FRANCE

1. Une ou des sanctions à caractère définitif ont-elles été prononcées à votre encontre par un organisme professionnel à l'étranger : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

.....

Précisez le ou les pays : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

.....

A quelle(s) date(s) : .....

2. Avez-vous fait l'objet de condamnation(s) pénale(s), civile(s) ou administrative(s) définitive(s) à l'étranger :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles : .....

.....

Précisez le ou les pays : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

.....

A quelle(s) date(s) : .....

28. INSTANCE(S) EN COURS EN FRANCE

Une ou des instance(s) judiciaire(s), disciplinaire(s) ou devant la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins sont-elles actuellement en cours à votre égard : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, devant quelle(s) juridiction(s) : .....

.....

29. INSTANCE(S) EN COURS A L'ETRANGER

Une ou des instance(s) judiciaire(s) ou disciplinaire(s) sont-elles actuellement en cours à votre égard :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quel(s) pays : .....

Devant quelle(s) juridiction(s) : .....

.....

REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie médicale et je fais serment de le respecter. »

REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :

(Uniquement si vous êtes tenu de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique)

« J'affirme sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile professionnelle en application de l'article L.1142-2 du code de la santé publique. »

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des médecins du département de .....
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage à signaler au Conseil départemental de l'Ordre toute modification de la situation que j'aurais déclarée et à répondre à toute demande de renseignements émanant de l'Ordre des médecins.
Je reconnais être informé(e) que le défaut de réponse aux questions ci-dessus est susceptible d'entrainer un refus d'inscription et que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites disciplinaires (article R. 4127-110 du code de la santé publique) ou pénales (article L. 4163-8 du code de la santé publique et articles 441-1 et suivants du code pénal).

Date : ____ / ____ / _____

Signature :
Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Ces informations sont destinées au Conseil de l'Ordre des médecins et au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS)[1]. Le responsable de ce traitement est le Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce traitement est destiné en premier lieu à tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicités leur inscription. Il sert également à établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'Ordre et de diverses informations ordinales, ainsi qu'à la réalisation d'études démographiques. Il sert par ailleurs à répondre à l'obligation prévue à l'article L. 4113-2 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Il peut également servir à vous adresser des informations strictement liées à l'exercice de la profession. Les informations recueillies peuvent également être transmises, à leur demande, aux instances représentatives de la profession des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi qu'à celles établies hors Union européenne.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, vous opposer à ce que des données vous concernant soient transmises à des tiers en vue de vous adresser des informations liées à l'exercice de votre profession, à l'exception de celles qui sont adressées au RPPS. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification ou d'opposition en vous adressant à votre Conseil départemental.

☐ Je m'oppose à ce que les données me concernant soient transmises à des tiers.
☐ Je m'oppose à ce que mes coordonnées professionnelles apparaissent dans l'annuaire figurant sur le site Internet du CNOM ou dans des applications informatiques développées par le CNOM.

[1] Conformément aux articles D. 4113-117 et suivants du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins est tenu de mettre à jour le RPPS.

Annexe A. AUTRES LIEUX D'ACTIVITE *(cf. page 6)*

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....