

DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE (RECONNAISSANCE DU DIPLOME DE SAGE-FEMME UE/EEE)

I. ETAT CIVIL

Civilité : Mr Mme

Date de naissance :

Commune de naissance :

Nom de naissance :

Département de naissance :

Prénom(s) de naissance :

Pays de naissance :

Nom d'usage* :

Nationalité actuelle :

Nom d'exercice** :

Nationalité d'origine :

Prénom d'exercice*** :

Date d'acquisition nationalité française :

** Il s'agit du nom utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance*

*** Il s'agit du nom sous lequel vous exercez. Il doit correspondre soit au nom de naissance soit au nom d'usage.*

**** Il s'agit du prénom sous lequel vous exercez. Il doit correspondre à l'un des prénoms inscrits dans l'acte de naissance.*

II. COORDONNEES DE CORRESPONDANCE

Adresse postale :

.....

Tél : Mobile :

E-mail :

III. LANGUES PARLEES (en plus du français)

.....

IV. DIPLOME DE SAGE-FEMME

Français

Européen (d'un Etat de l'UE ou de l'EEE ou la Suisse)

Autre

Date d'obtention :

Lieu d'obtention : Faculté/Ecole :

Ville : Pays :

V. SITUATION ADMINISTRATIVE

1. INSCRIPTION PRECEDENTE A UN TABLEAU DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Avez-vous été inscrit.e à un tableau de l'Ordre en France : OUI NON

Si oui, précisez le dernier département d'inscription :

2. INSCRIPTION A UN CONSEIL DE L'ORDRE D'UNE AUTRE PROFESSION (ex : infirmiers)

Avez-vous ou êtes-vous enregistré.e à un Conseil de l'Ordre d'une autre profession : OUI NON

Si oui, précisez pour quelle profession :

Si oui, précisez votre n° RPPS :

Précisez le cas échéant votre date de radiation :

VI. SITUATION PROFESSIONNELLE

1. MON (MES) ACTIVITE (S) PRECEDENTE(S)

Nom de l'établissement / structure et adresse complète de l'activité :

1- Date de début : / /

..... Date de fin : / /

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral
 Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre :

2- Date de début : / /

..... Date de fin : / /

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral
 Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre :

2. MON (MES) ACTIVITE (S) ACTUELLE(S) (au-delà de 2 autres lieux d'activité, veuillez les renseigner en page 5)

Nom de l'établissement / structure et adresse complète de l'activité :

1- Date de début : / /

..... Date de fin : / /

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral
 Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre :

2- Date de début : / /

..... Date de fin : / /

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral
 Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre :

VII. DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Je demande mon inscription au tableau du Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes

DEPT (Métropole/DOM) :

Je déclare avoir pris connaissance des textes ci-dessous.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du code de déontologie des sages-femmes et m'engage à les respecter.

Fait à : Le / /

Signature :

PIECES A JOINDRE AVEC CE FORMULAIRE

(Conformément à l'article R.4112-1 du code de la santé publique et à l'article 50 paragraphe 1, à l'annexe VII de la directive 2005/36/CE)

- **Diplôme d'Etat de sage-femme** ou attestation de réussite si diplôme en cours d'obtention,
- **Attestation de conformité** délivrée par l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine, certifiant que le diplôme du requérant est bien conforme aux exigences minimales de formation prévues par la directive 2005/36/CE,
- **Pour les formations dites « 3+2 »** (3 ans infirmier.ère + 2 ans sage-femme), les attestations de conformité du diplôme de sage-femme ET du diplôme d'infirmier.ère sont exigées,
- Copie de votre **pièce d'identité** en cours de validité,
- **Votre casier judiciaire** (n°3 si nationalité française) daté de moins de trois mois délivré par les autorités du pays du ressortissant
- Une demande d'extrait de **casier judiciaire n°2** sera effectuée par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
- **La déclaration sur l'honneur** certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours à votre encontre,
- Si le requérant n'a jamais été inscrit ou enregistré dans un autre Etat membre de l'Union Européenne : remplir **la déclaration sur l'honneur de non-enregistrement**,
- Si le requérant a déjà été inscrit dans un autre Etat membre de l'Union Européenne : nous fournir **l'attestation d'enregistrement** délivrée par l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine,
- **Une preuve de la maîtrise de la langue française écrite et orale (niveau B2 demandé)** pour les requérants non francophones,
- **Un curriculum vitae.**

Les pièces non francophones : elles doivent être traduites en français par un traducteur assermenté sauf pour les documents en langue anglaise.

Votre inscription au tableau de l'Ordre des sages-femmes emporte votre consentement à l'envoi de la Newsletter et de la Revue « Contact sages-femmes ». Si vous ne souhaitez pas recevoir ces documents, nous vous invitons à cocher les cases suivantes :

- Je ne souhaite pas recevoir la newsletter du Conseil de l'Ordre
- Je ne souhaite pas recevoir la revue « Contact sages-femmes » du Conseil de l'Ordre

Toute sage-femme exerçant sur le territoire national, doit obligatoirement être inscrite au tableau de l'Ordre du département dont elle relève et suivre les prescriptions édictées par le code de déontologie des sages-femmes, codifiées aux articles R.4127-301 à R.4127-367 du code de la santé publique.

Conformément à l'article D.4113-115 du code de la santé publique, les Sages-Femmes sont tenues d'informer le Conseil de l'Ordre dans le délai d'un mois, de tout changement de leur situation professionnelle ou de leur résidence, notamment en cas de modification de leurs coordonnées de correspondance, de prise ou arrêt de fonction supplémentaire, d'intégration au corps de réserve sanitaire, de cessation, temporaire ou définitive, d'activité.

Dans le cadre de vos échanges avec le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, vos données personnelles sont traitées par le CNOSF aux fins de gestion des traitements mis en œuvre par les services concernés, notamment la gestion du tableau, la gestion de la newsletter, la gestion des contentieux. Vos données personnelles sont traitées en conformité avec les principes de protection des données personnelles tels que posés par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques au regard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données applicable depuis le 25 mai 2018 (ci-après le « RGPD ») et à la loi Informatique et Libertés modifiée (ci-après la « Réglementation applicable à la protection des données »).

Vos données sont accessibles au sein des services concernés ainsi qu'au DPO de l'Ordre lorsque cela s'avère nécessaire. Elles sont conservées pendant la durée nécessaire à leur traitement qui peut être, le cas échéant, fixée par les textes.

Conformément à la Réglementation applicable à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement aux données personnelles *vous concernant en adressant votre demande au Délégué à la protection des données (DPO) de l'Ordre par courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@ordre-sages-femmes.fr.*

ANNEXE : AUTRES ACTIVITES

Nom de l'établissement / structure et adresse complète de l'activité :

3- Date de début : / /

..... Date de fin : / /

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral
 Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre :

4- Date de début : / /

..... Date de fin : / /

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral
 Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre :

Nom de l'établissement / structure et adresse complète de l'activité :

5- Date de début : / /

..... Date de fin : / /

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral
 Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre :

6- Date de début : / /

..... Date de fin : / /

Nature de l'activité : Salariée P.M.I Remplacement salarié Remplacement libéral
 Libérale : Cabinet primaire Cabinet multisite Pas d'activité de soin Autre :