 **Direction de la cohésion sociale**

**DEMANDE D’AUTORISATION D’EXERCER**

**En qualité de**

🞏 Masseur Kinésithérapeute

🞏 Infirmier en soins généraux

🞏 Psychomotricien

🞏 Pédicure podologue

🞏 Orthophoniste

🞏 Aide soignant

🞏 Vous êtes de nationalité communautaire, titulaire d’un titre de formation requis pour l’exercice de la profession précitée dans un Etat membre ou partie, qui en réglemente l’accès ou son exercice.

🞏 Vous êtes de nationalité communautaire, justifiant d’un exercice professionnel dans un État membre ou partie, qui ne réglemente pas l’accès la profession précitée ou son exercice.

🞏 Vous êtes de nationalité communautaire titulaire d’un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu par un État membre ou partie, autre que la France.

|  |
| --- |
| Monsieur - Madame :…………………………………………………………………………………………………………………..  NOM – PRENOM : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..  Nom d’épouse :…………………………………………………………………………………………………………………………………………  Date de naissance :………………………………………………………………………………………………………………………………………  Lieu de naissance : Ville…………………………………………………………. Pays :……………………………………………………………  Nationalité :………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Adresse personnelle :……………………………………………………………………………………………………………………………………..  Adresse suite : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  Code postal : …………………….. Ville : …………………………………………………………………………………………………………  Pays : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Téléphone fixe : ………………………………………… téléphone portable : ………………………………………………………………………  Adresse messagerie : …………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| diplôme demandé : ………………………………………………………………………………………………………………………………………  date d’obtention du diplôme :……………………………………………………………………………………………………………………………  pays d’obtention :…………………………………………………………………………………………………………………………………………  Votre diplôme a-t-il été déjà été reconnu par un autre Etat membre ? oui 🞏 non🞏  Si oui, pays de l’Etat membre l’ayant reconnu : ……………………………………………………………………………………………………….. |

**Vous devez retourner ce formulaire dûment rempli par lettre recommandée avec accusé de réception accompagné des pièces suivantes en 7 exemplaires (chaque exemplaire devant être agrafé) à l’adresse ci-dessous :**

**DIRECTION DE LA COHESION SOCIALE**

**Pôle formation-certification**

Immeuble Agora 2

Rond Point du Calendrier LAGUNAIRE

ZAC l’Étang Z’abricot

BP 669 - 97264 Fort de France cedex

Mme Mireille PAQUET

**I. ― Pour tous les candidats :**

a) Un formulaire de demande d'autorisation d'exercice de la profession, figurant en annexe, dûment complété et faisant apparaître, le cas échéant, pour les infirmiers, la spécialité dans laquelle le candidat dépose sa demande ;

b) Une photocopie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt du dossier ou de la carte de séjour.

c) Une copie du titre de formation permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention ainsi que, le cas échéant, pour les infirmiers, une copie du titre de formation de spécialiste ;

d) Le cas échéant, une copie des diplômes complémentaires ;

e) Toutes pièces utiles justifiant des formations continues, de l'expérience et des compétences acquises au cours de l'exercice professionnel dans un État, membre ou partie, ou dans un État tiers ;

f) Une déclaration de l'autorité compétente de l'État, membre ou partie, d'établissement, datant de moins d'un an, attestant de l'absence de sanctions ;

g) Une copie des attestations des autorités ayant délivré le titre de formation, spécifiant le niveau de la formation et, année par année, le détail et le volume horaire des enseignements suivis ainsi que le contenu et la durée des stages validés ;

h) certificat sur l’honneur précisant que vous n’avez pas fait de demande similaire dans d’autres régions ;

**II. ― En sus des pièces mentionnées au I,**

Pour les candidats qui ont exercé dans un État, membre ou partie, qui ne réglemente pas l'accès à la profession demandée ou son exercice :

i) Toutes pièces utiles justifiant qu'ils ont exercé dans cet État, à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au cours de la même période, la profession pour laquelle ils demandent l'autorisation. Ces pièces ne sont pas à fournir lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée.

**III. ― En sus des pièces mentionnées au I,**

Pour les candidats titulaires d'un titre de formation délivré par un État tiers et reconnu dans un État, membre ou partie, autre que la France :

j) La reconnaissance du titre de formation et, le cas échéant pour les infirmiers, du titre de formation de spécialiste, établie par les autorités de l'État, membre ou partie, ayant reconnu ce titre. Cette reconnaissance doit permettre au bénéficiaire d'y exercer sa profession.

**Toutes les pièces justificatives doivent être officielles et rédigées en langue française ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un état membre de l'union européenne ou d'un état partie à l'accord sur l'espace économique européen ou pour les candidats résidant dans un état tiers, avoir fait l'objet d'une traduction certifiée par les autorités consulaires françaises.**

* Diplômes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAYS**  **IEU DE FORMATIONiciels et s et s les pièces doivent tant que l' téléphoniques), il vous a été précisé que** | **INTITULE** | **DATE** | **LIEU DE FORMATION** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Autres diplômes, titres et certificats

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAYS** | **INTITULE** | **DATE** | **LIEU DE FORMATION** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Exercice professionnel : fonctions exercées à l'étranger ou dans un État membre ou partie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PAYS** | **INTITULE** | **DATE** | **LIEU DE FORMATION** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Formulaire à retourner dûment complété à l’adresse susvisée pour l'examen de votre demande.

Date :

Signature