



**DIRECTION REGIONALE
DE L'ECONOMIE, DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITES**

PROFESSION NON REGLEMENTEE : <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/>

Civilité :
NOM de naissance :
NOM d'épouse :
Prénom :

**Pour les ressortissants européens souhaitant s'installer
en France de manière durable en application du
décret n° 2010-334 du 26 mars 2010**

**Dossier administratif de demande d'autorisation d'exercice
en France de la profession de**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Manipulateur |
| <input type="checkbox"/> Audioprothésiste | d'électroradiologie médicale |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Masseur-Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e)s | <input type="checkbox"/> Pédicure-podologue |
| <input type="checkbox"/> Spécialités Infirmier(e)s
(IBODE, IADE, Puéricultrice) | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire de
biologie médicale |

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Pays :

Nationalité :

Adresse personnelle :

Code postal :

Ville :

Pays :

Tél. :

Tél. portable :

Courriel :

Diplôme de la profession considérée

Pays d'obtention

Intitulé du diplôme

Date d'obtention

Lieu de formation

Exercice professionnel

Nature

Lieu et pays

Période

Autres diplômes, titres et certificats

Pays d'obtention

Intitulé du diplôme

Date d'obtention

Lieu de formation

En application de l'arrêté du 20 janvier 2010, je sollicite l'instruction de mon dossier par le directeur régional de la DREETS Occitanie

Fait à :

le :

Signature du demandeur :



ANNEXE I

ATTESTATION A REMPLIR ET A REMETTRE OBLIGATOIREMENT

AVEC LE DOSSIER

Je soussigné (e)

Demeurant à

- **Atteste sur l'honneur ne pas avoir présenté de demande identique dans une autre région**
- **Atteste avoir un projet professionnel clairement identifié en région d'Occitanie**

A.....le

SIGNATURE

(la signature doit être
obligatoirement précédée de la
mention « Lu et approuvé »)



ANNEXE II

JE SOUSSIGNE(E)..... AUTORISE LE SERVICE
ORGANISATEUR DE LA COMMISSION REGIONALE D'AUTORISATION D'EXERCICE
DE LA PROFESSIONA PUBLIER MES NOMS ET PRENOMS SUR
INTERNET DANS LE CADRE DES RESULTATS POUR LES ADMISSIONS

A.....le

SIGNATURE

Toute fausse déclaration est punie selon les dispositions du code pénal, Article 441-6

PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER

IMPORTANT : Les pièces justificatives du 4 à 9 doivent être traduites par un traducteur assermenté auprès d'une cours d'appel ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union Européenne. Chaque traduction doit être attachée à la copie de l'original. Les pièces justificatives doivent être numérotées dans l'ordre indiqué ci-dessous.

Ne pas fournir de documents originaux, les dossiers n'étant pas retournés.

Le dossier doit être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception à :

DREETS OCCITANIE – Formations paramédicales

Secrétariat des commissions des diplômes européens (mentionner la profession)

5, Esplanade Compans Caffarelli - BP 98016 - 31080 TOULOUSE Cedex 6

- 1- Le formulaire de demande d'autorisation d'exercice de la profession dûment complété accompagné des annexes 1, 2 et 3 du présent document.
- 2- Une photocopie lisible d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt du dossier.
- 3- Un curriculum vitae détaillé en français (Ne pas oublier d'ajouter l'adresse mail)
- 4- Une copie du diplôme permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention ou de l'attestation de réussite au diplôme datant moins d'un an
- 5- **Attestation de l'exercice de la profession (contrat de travail) dans le pays de délivrance du diplôme pendant 1 an à temps plein ou à temps partiel au cours des dix dernières années. Si vous n'avez pas exercé un an, vous ne pouvez pas prétendre à déposer une demande.**
- 6- Copie des diplômes et formations continues complémentaires.
- 7- Programme et volume horaire des enseignements théoriques suivis année par années
- 8- Contenus et durées des stages cliniques année par année. (**Obligatoire** - Annexe 3 à compléter et à faire valider par l'établissement de formation)
- 9- Une déclaration de l'autorité compétente de l'Etat, membre ou partie, datant de moins d'un an, attestant de l'absence de sanctions (Attestation de l'ordre ou Attestation de l'employeur ou Attestation de l'institut de formation ou Casier judiciaire)
- 10- Une enveloppe format A4 affranchie au tarif recommandé avec Accusé de réception à vos noms et adresses. Pour les personnes résidant à l'étranger (demander des timbres violets à commander sur le site de la poste)

Annexe 3 - SYNTHESE des STAGES

Intitulé du DIPLÔME :

NOM – Prénom :

Nationalité du diplôme :

Nom de l'établissement :

ANNEE	Lieux de stage	Dates	PUBLICS VISES			CHAMPS CLINIQUES (indiquer le nom des divers champs cliniques rencontrés)	VOLUME HORAIRE
			0 à 18 ans	Adultes	Personnes âgées		
	SOUS-TOTAL D'HEURES TOTAL GENERAL						

** Joindre les justificatifs de stage*

Nom du responsable de l'établissement

*Signature du responsable
Cachet de l'établissement*