



## DEMANDE D'AUTORISATION DE PRATIQUER UNE PROFESSION DE LA SANTÉ

Profession

### Données personnelles

Nom  Sexe  F  M  
Prénom/s  Date de naissance   
Nom/s antérieur/s   
Nationalité   
Etrangers: Permis de séjour  B  C  G  Demande permis en cours  
Code GLN \*

\*Seulement pour les professions enregistrées dans un registre fédéral (MedReg, PsyReg, NAREG) ; si vous ne figurez pas encore dans le registre vous concernant, veuillez vous adresser à l'OFSP (MedReg, PsyReg) ou à la Croix-Rouge suisse (NAREG).

### Adresse privée

Rue, N°   
NPA, localité  Pays   
Tél. privé  Mobile   
Email privé

### Future adresse professionnelle

Nom de l'établissement/cabinet   
Rue, N°   
NPA, localité   
Tél. prof. / Mobile  /   
Email prof.

### Autre adresse professionnelle (cas échéant)

/

### Statut économique

Indépendant-e

Inscrit au Registre du Commerce  Oui  Non

Si oui, nom de la raison sociale

N° IDE

Type de la raison sociale  SA  Sàrl  Société simple  Autre

Nombre de demi-journée/semaine

Date prévue de début d'activité

Salarié-e

Fonction au sein de l'établissement

Nombre de demi-journée/semaine

Date prévue de début d'activité

Uniquement pour les médecins

Avez-vous l'intention de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (assurance de base)?

Oui (admission personnelle)  Oui (admission par le biais de l'employeur)  Non

### Adresse pour correspondance et facturation

Adresse privée  Future adresse professionnelle  Si différente de ces adresses:

Rue, N°   
NPA, localité  Pays

### Activité professionnelle antérieure

Êtes-vous déjà au bénéfice d'une autorisation de pratiquer en Suisse?  Oui  Non

Si oui, dans quels cantons?

Avez-vous déjà demandé une autorisation de pratique dans un autre canton?  Oui  Non

Si oui, dans quels cantons?

Une demande d'autorisation de pratique a-t-elle été refusée par un autre canton ou pays?  Oui  Non

Si oui, par quels cantons ou par quels pays?

Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'une procédure pénale, disciplinaire ou administrative, d'une procédure en responsabilité civile professionnelle ou de poursuite pour dettes/faillite?  Oui  Non

Si oui, veuillez nous informer, documents à l'appui, de l'état de la procédure.

### Titre/s de formation (diplôme, certificat, etc.)

Titre de formation (dénomination)

*Les cas échéant:*

Reconnaissance/équivalence du titre de formation étranger délivrée le

*Pour les professions de **chiropraticien**, de **médecin** et de **pharmacien**:* Titre

postgrade (dénomination)\*

*Le cas échéant:*

Reconnaissance du titre postgrade étranger délivrée le

\*seul le titre postgrade correspondant à l'activité principale doit être indiqué

### Remarques ou informations supplémentaires

  
  
  
  

Le requérant ou la requérante s'engage avoir fourni des informations complètes et véridiques. En cas de réponse inexacte ou trompeuse, l'autorisation de pratique pourra être refusée, voire retirée.

Le requérant ou la requérante est en outre tenu(e) de signaler sans délai à l'autorité toute modification de sa situation professionnelle ou personnelle par rapport aux informations contenues dans la présente demande, en particulier les changements de nom ou d'adresse, son statut d'indépendant ou de salarié, la cessation et la reprise de son activité ainsi que le départ du canton.

**Le requérant ou la requérante autorise l'autorité à se renseigner à son sujet auprès des institutions ayant délivré ses titres de formation ou leur équivalent, ainsi qu'auprès de ses employeurs, les assureurs de responsabilité civile professionnelle et des autorités de surveillance cantonales, fédérales et étrangères. Il ou elle autorise ces derniers à communiquer à l'autorité tout renseignement nécessaire au traitement de la présente demande ou à toute instruction ultérieure effectuée dans le cadre de la surveillance de son activité professionnelle, en particulier toute information permettant d'établir que le requérant ou la requérante est digne de confiance.**

Lieu et date

Signature