|  |  |
| --- | --- |
| Pôle Formation Certification  Service des Professions Paramédicales | [drjscs-idf-ide-3-actes@jscs.gouv.fr](mailto:drjscs-idf-ide-3-actes@jscs.gouv.fr) |
|  |  |

**DOSSIER POUR L’INSCRIPTION A LA DEMANDE D’AUTORISATION A APPORTER UNE ’AIDE A L’EXPOSITION, A L’HEMOSTASE ET A L’ASPIRATION**

Textes de référence :

-Décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d’entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire, modifié par le décret n°2021-97 du 29 janvier 2021 portant diverses mesures relatives au retrait d’enregistrement d’organismes ou structures de développement professionnel continu des professions de santé et aux actes des infirmiers de santé et aux actes des infirmiers diplômés d’Etat.

1. **INFORMATIONS SUR LE CANDIDAT** M. Mme

**1.1) IDENTITE (Joindre obligatoirement la copie recto-verso de votre pièce d’identité)**

NOM  de naissance : NOM d’usage ou marital :

PRENOMS :

DATE de naissance :… / … / ……LIEU de naissance : DEPARTEMENT :

PAYS : NATIONALITE :

NUMERO TELEPHONE : … / … / … / … / … NUMERO MOBILE : … / … / … / … / …

ADRESSE ELECTRONIQUE : @

DOMICILE : N°: TYPE de voie : Bât. : Appt. :

NOM DE VOIE :

CODE POSTAL : COMMUNE :

**1.2)** **COORDONNEES PROFESSIONNELLES** **(Précisez impérativement tout changement ultérieur au dépôt de votre demande)**

RAISON SOCIALE DE L’EMPLOYEUR :

SERVICE d’AFFECTATION :

ADRESSE :

CODE POSTAL : COMMUNE :