

ORDRE NATIONAL DES PEDICURES-PODOLOGUES

CONSEIL RÉGIONAL : N° d'inscription régional : _____
N° ADELI _____
N° RPPS avec certification : _____
Date de l'inscription au Tableau : / / .

CURRICULUM VITAE

(A remplir en Lettres capitales)

Le dossier d'inscription doit être remis par l'intéressé lui-même en main propre au secrétariat du Conseil régional avec présentation de la carte d'identité nationale

1) NOM PATRONYMIQUE (nom de FAMILLE) (M., Mme ou Mlle)

Il s'agit du nom figurant sur les actes d'état civil. Il constitue le nom d'inscription du praticien.

NOM D'USAGE (le cas échéant) _____

C'est-à-dire : nom de l'époux (se), veuf (ve), divorcé (e), nom de l'autre parent, accolé ou non au nom de famille

NOM D'EXERCICE : nom patronymique nom d'usage Autre

PRÉNOMS (soulignez le prénom usuel) _____

DATE DE NAISSANCE : / / **LIEU** _____ **DEPARTEMENT** : _____

A défaut / pour les étrangers.

N° Sécurité Sociale : _____

ADRESSE PRIVÉE : N° de voie : _____ voie _____

Code Postal _____ Ville : _____ Tél. mobile : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____ @ _____

NATIONALITÉ :

- Êtes-vous français : par naissance
 ou par acquisition (Joindre le justificatif)
 Autre nationalité : par naissance
 ou par acquisition (Joindre le justificatif)

2) DIPLÔME D'EXERCICE (Joindre les justificatifs)

A) DIPLÔME FRANÇAIS

Date et lieu d'obtention de votre diplôme d'état de Pédicure-Podologue : / / à _____

Adresse de l'Institut de Formation en Pédicurie-Podologie : _____

Numéro du diplôme : _____

B) DIPLÔME D'UN ÉTAT MEMBRE DE L'UNION EUROPÉENNE OU PARTIE À L'ACCORD SUR L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN (article L.4322-4 du code de la santé publique)

Date et lieu d'obtention : / / à _____

Date du décret d'autorisation d'exercice de l'Agence Régionale de la Santé : / / .

Numéro d'autorisation : _____

C) DIPLÔME DÉLIVRÉ DANS LES AUTRES PAYS

Date et lieu d'obtention : / / à _____

Date du décret d'autorisation d'exercice de l'Agence Régionale de la Santé : / / .

Numéro d'autorisation : _____

ORDRE NATIONAL DES PEDICURES-PODOLOGUES

DATE DU DEBUT D'EXERCICE : JJ __ / MM __ / AAAA

3) MODE D'EXERCICE :

- Libéral** **Salarié** (Cochez les 2 cases si vous avez un exercice mixte)
 Sans exercice principal : Remplaçant(e)¹ ou Retraité(e)

(1) Pour les remplaçants(es) : notez, ci-dessous, l'adresse professionnelle du titulaire du cabinet si le remplacement est > 3 mois.

- En cas de rachat, total ou partiel, du cabinet, nom et numéro d'Ordre du prédécesseur

A) ACTIVITÉ 1/ CABINET PRINCIPAL* : _____ N°SIRET : _____

N°voie : _____ Nom de la voie _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone (ligne fixe) : _____ E-mail : _____ @ _____

*A quel titre : Titulaire de la patientèle – Collaborateur libéral¹ - Associé d'une Société Civile de Moyens¹ - Associé d'une Société d'Exercice Libéral (SELLA - SELAFA - SELARL - SELAS)¹ - Contrat d'exercice professionnel à frais communs¹ - Locataire d'un cabinet aménagé (locataire du local et du matériel) - Autre association.

B) ACTIVITÉ

2/ CABINET(S) SECONDAIRE(S)* : _____ N°SIRET : _____

N°voie : _____ Nom de la voie _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone (ligne fixe) : _____ E-mail : _____ @ _____

*A quel titre : Titulaire de la patientèle – Collaborateur libéral¹ - Associé d'une Société Civile de Moyens¹ - Associé d'une Société d'Exercice Libéral (SELLA - SELAFA - SELARL - SELAS)¹ - Contrat d'exercice professionnel à frais communs¹ - Locataire d'un cabinet aménagé (locataire du local et du matériel) - Autre association¹.

→ Si vous avez d'autres adresses professionnelles, veuillez nous les indiquer sur papier libre.

C) AVEZ-VOUS D'AUTRES ACTIVITÉS dans des cabinets libéraux ? OUI NON

Le(s)quel(s) ? : _____

En qualité de : _____

Adresse(s) : _____

D) SI VOUS AVEZ UNE ACTIVITÉ SALARIÉE* : _____

*A quel titre : Salarié(e) de la fonction publique hospitalière – Salarié(e) d'un centre de santé, d'une maison de retraite ou d'une clinique privée.- Salarié(e) d'un Institut de Formation en Podologie – Autres (à préciser)

DRESSE DE L'EMPLOYEUR : N°FINESS de l'établissement : _____ ou N°SIRET : _____

N°voie : _____ Nom de la voie _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone (ligne fixe) : _____ E-mail : _____ @ _____

¹ compléter le paragraphe « personnes liées » page3/4

LA PRODUCTION DES CONTRATS EST OBLIGATOIRE

(Remplacement, Collaboration, Association, Salariat...)
(article L.4113-9. du code de la santé publique)

- ¹Indiquez ci-dessous les nom, prénom et adresse de la personne avec laquelle vous êtes lié(e) (associé, titulaire de la patientèle, etc.) : _____

4) AVEZ-VOUS D'AUTRES DIPLÔMES ? (joindre les justificatifs)

Diplômes nationaux (autres que le Diplôme d'État de Pédicure-Podologue) _____

Exercez-vous cette profession ? oui non

Autres : _____

5) EXERCICE PRÉCÉDENT EN PÉDICURIE-PODOLOGIE

Dernière région d'exercice : _____

6) EXERCEZ-VOUS DANS UN OU PLUSIEURS PAYS

•DE L'UNION EUROPÉENNE OUI NON

- Le(s)quel(s) ?

- En qualité de :

- Adresse(s) :

•HORS UNION EUROPÉENNE OUI NON

Le(s)quel(s) ?

En qualité de :

Adresse(s) :

Joindre un certificat d'inscription ou d'enregistrement de l'État membre de l'Union Européenne

7) AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET DE SANCTIONS NON AMNISTIÉES PRONONCÉES PAR UN ORDRE OU ORGANISME ASSIMILÉ ?

OUI A quelles dates ? _____ Lesquelles ? _____

NON

8) AVEZ-VOUS FAIT L'OBJET DE CONDAMNATIONS NON AMNISTIÉES PAR UNE JURIDICTION DE DROIT COMMUN EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER ?

OUI A quelles dates ? _____ Lesquelles ? _____

NON

9) Pour une inscription au tableau de l'Ordre : JOIGNEZ IMPÉRATIVEMENT LE DESCRIPTIF (sur papier libre) DE VOTRE PLAQUE PROFESSIONNELLE (taille et inscriptions exactes) ET JOIGNEZ UN EXEMPLAIRE DE CHACUN DE VOS IMPRIMÉS ACTUELS. (Ordonnancier, carton de rendez-vous, carte de visite, papier à entête ...)

10) Pour une première installation : JOIGNEZ IMPÉRATIVEMENT VOS PROJETS DE PLAQUE ET D'IMPRIMÉS PROFESSIONNELS (Ordonnances, papiers à en-tête, cartons de RDV, carte de visite, devis...).

→ Dans le cas où l'intéressé(e) désirerait faire paraître dans la presse une annonce d'installation, le projet de communiqué doit être soumis à l'agrément du conseil régional de l'Ordre qui en détermine la fréquence, la rédaction et la présentation (Article R.4322-75 du code de santé publique).

ORDRE NATIONAL DES PEDICURES-PODOLOGUES

Important

1 - Toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires ou pénales (article L. 4163-8 du code de la santé publique. article 441-6 du code pénal).

2 - Tout praticien d'exercice libéral doit demander personnellement son inscription réglementaire auprès de la C.A.R.P.I.M.K.O, Agence Régionale de Santé et des organismes sociaux dans le mois qui suit le début d'exercice.

3 - Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous précisons que ces informations sont saisies sur fichier magnétique. La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification de ces données. Par ailleurs, vos coordonnées peuvent être utilisées pour vous adresser des informations à caractère professionnel émanant d'autres institutions ou organismes, sauf opposition de votre part qu'il vous appartient de notifier au conseil de l'Ordre.

REPRODUIRE CI-DESSOUS A LA MAIN LA PHRASE

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie des pédicures-podologues, et Je suis bien informé que mon inscription au Tableau me soumet aux règles de déontologie édictées par le Code de Déontologie des Pédicures-Podologues »

" Je demande mon inscription au Tableau de l'Ordre des Pédicures-Podologues de la région : _____

"J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité.

" Je m'engage à envoyer au Conseil régional de l'Ordre des Pédicures-Podologues un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignements concernant mon exercice professionnel

" Je m'engage sur l'honneur à souscrire une assurance garantissant ma responsabilité civile professionnelle et à veiller à son bon renouvellement périodique. Je m'engage aussi à faire parvenir l'attestation de souscription tous les ans au Conseil régional dont je dépends ".(Article L. 1142-2 du code de la santé publique)

Signature

Précédée de la mention manuscrite

" Lu et approuvé "

Date : _____

- **Joindre obligatoirement 2 photos d'identité.**

Un extrait de casier judiciaire n°2 est obligatoire pour la constitution de votre dossier. Seul l'Ordre est habilité à le demander au service du Casier Judiciaire National (décret 2007-417 du 23/03/2007). Veuillez nous indiquer :

Nom et prénom de votre père _____

Date de naissance de votre père : / / Lieu de naissance : _____

Nom de jeune fille et prénom de votre mère _____

Nom d'usage de votre mère _____

Date de naissance de votre mère : / / Lieu de naissance : _____