



Conseil départemental du Nord de l'Ordre des Médecins

Photographie  
d'identité

## DEMANDE DE LICENCE DE REMPLACEMENT

Specialité : .....

### I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

**Attention, toutes les mentions  
sont obligatoires**

#### 1. ETAT CIVIL

Nom de naissance : .....

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité : .....

Prénom de naissance : .....

Prénom(s) complémentaire(s) : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance :

Nom d'usage\* : .....

Ville : .....

Nom d'exercice\*\* : .....

Département : .....

Prénom d'exercice\*\*\* : .....

Pays : .....

\* Le nom d'usage est celui utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance.

\*\*Le nom d'exercice doit correspondre soit au nom de naissance soit au nom d'usage.

\*\*\*Le prénom d'exercice doit correspondre à l'un des prénoms inscrits dans l'acte de naissance ou à celui obtenu par une modification de l'état civil.

#### 2. COORDONNEES

##### ► Pour être contacté par l'Ordre :

Adresse postale : .....

Tél. : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

##### ► Pour le RPPS (ces coordonnées serviront notamment à recevoir les messages électroniques de sécurité diffusés par les autorités sanitaires\* et à l'envoi de la Carte de Professionnel en Formation) :

Adresse postale : .....

Tél. : .....

Mobile : .....

E-mail : .....

\*Conformément à l'article L. 4001-2 du code de la santé publique, à l'occasion de l'inscription au tableau de l'Ordre, les professionnels de santé déclarent auprès du Conseil de L'Ordre compétent une adresse électronique leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires. Cette information est régulièrement mise à jour et transmise aux autorités sanitaires à leur demande.



### III. SANCTION(S) PRONONCEE(S)

1. Une ou des sanctions à **caractère définitif\*** ont-elles été prononcées à votre rencontre par **la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins** :  oui  non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

A quelle(s) date(s) : .....

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat sont-ils en cours :  oui  non **Attention, merci de répondre aux questions sur les recours éventuels également.**

2. Une sanction par une instance judiciaire, disciplinaire ou devant la Section des Assurances Sociales de l'Ordre des Médecins est-elle actuellement **en cours** à votre égard ?  oui  non

3. Avez-vous fait l'objet de **condamnation(s) pénale(s), civile(s) ou administrative(s) définitive(s)\*** :  oui  non

Si oui, la ou lesquelles : .....

Par quelle(s) juridiction(s) : .....

A quelle(s) date(s) : .....

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat ou la Cour de cassation sont-ils en cours :  oui  non

\*Décision de 1ère instance non frappée d'appel dans le délai de recours ou décision en appel frappée ou non d'un pourvoi. **Attention, merci de répondre aux questions sur les recours éventuels également.**

4. Une ou plusieurs sanction(s) disciplinaire(s) universitaire(s) ont-elles été prononcées à votre rencontre ?  oui  non

### REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :

**« J'atteste sur l'honneur la véracité des déclarations ci-dessus »**

Je m'engage à signaler au Conseil départemental de l'Ordre toute modification de la situation que j'aurais déclarée et à répondre à toute demande de renseignements émanant de l'Ordre des médecins. Je reconnais être informé(e) que le défaut de réponse aux questions ci-dessus est susceptible d'entraîner un refus de délivrance de la licence et que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites disciplinaires (article R. 4127-110 du code de la santé publique) ou pénales (article L. 4163-8 du code de la santé publique et articles 441-1 et suivants du code pénal).

Date : ...../...../.....

**Signature :**

Précédée de la mention manuscrite « **Lu et approuvé** »

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique.*

N.B. : Aucune autorisation ou aucun renouvellement d'autorisation ne peut être délivré au-delà de la troisième année à compter de l'expiration de la durée normale de la formation prévue pour obtenir le diplôme de troisième cycle de médecine, préparé par l'étudiant (article R. 4131-2 du code de la santé publique).

## PREMIERE DEMANDE

### Pour la médecine Générale

- ✓ Présent questionnaire.
- ✓ Copie carte d'identité (recto/verso), ou passeport, **en cours de validité.**
- ✓ 1 photo au **format identité.**
- ✓ Attestation de la faculté de vos 3 semestres validés dont 1 chez le praticien.
- ✓ Copie du diplôme de formation approfondie en sciences médicales ou l'attestation de réussite délivrée par la faculté.

**La mention de 2<sup>nd</sup> cycle apparaissant sur l'attestation de la faculté n'est pas suffisante, ne justifiant pas de l'obtention de ce diplôme en France ou dans un état européen.**

- ✓ Certificat de scolarité de la faculté de médecine pour l'année universitaire en cours.

### Pour les autres spécialités

- ✓ Présent questionnaire.
- ✓ Copie carte d'identité (recto/verso), ou passeport, **en cours de validité.**
- ✓ 1 photo au **format identité.**
- ✓ Copie du diplôme de formation approfondie en sciences médicales ou l'attestation de réussite délivrée par la faculté.

**La mention de 2<sup>nd</sup> cycle apparaissant sur l'attestation de la faculté n'est pas suffisante, ne justifiant pas de l'obtention de ce diplôme en France ou dans un état européen.**

- ✓ Certificat de scolarité de la faculté de médecine pour l'année universitaire en cours.

- ✓ Relevé de stages (ARS) Pour la médecine d'urgence, la mention des agréments à titre complémentaire est obligatoire

## RENOUVELLEMENT

- ✓ 1 photo au format identité
- ✓ Copie carte d'identité (recto/verso), ou passeport, en cours de validité
- ✓ Un certificat de scolarité de la faculté de médecine pour l'année en cours

**DOCUMENTS A SCANNER ET TRANSMETTRE VIA VOTRE ESPACE MEDECIN:**

<https://monespace.medecin.fr/user/login>

## FORMALITES DU REMPLACANT

- Contacter la CARMF pour une pré-affiliation,
- Contacter la CPAM dont vous dépendez dès le 1<sup>er</sup> jour de remplacement,
- Demander une immatriculation à l'URSSAF dans les 8 jours de remplacements consécutifs ou non,
- Souscrire à une assurance en responsabilité civile et professionnelle couvrant l'activité de remplacement,
- S'assurer que le médecin remplacé a bien effectué la démarche de demande de remplacement à son propre Conseil d'inscription (Tout remplacement non-autorisé est considéré comme de l'exercice illégal de la médecine),
- Signer un contrat de remplacement précisant identités des parties, périodes, pourcentage de rétrocession et comportant la signature des deux parties (ou **électroniquement via la demande en ligne sur le site internet**)
- Si vous changez de nom en cours d'année, nous fournissez un justificatif officiel (acte de naissance, livret de famille, acte de mariage...)

**NB : Une fois la thèse passée et le DES obtenu, l'Inscription au Tableau de l'Ordre sera obligatoire et la licence ne sera plus utile pour pouvoir remplacer. Renseignez-vous auprès du Conseil. La prolongation jusqu'à la date d'inscription n'est possible que si un dossier de demande d'inscription a été déposé dans le mois qui suit la date à laquelle votre dernier diplôme a été décerné.**

**Date limite d'obtention de licence de remplacement avant soutenance de thèse:**

**Médecine générale : 6 ans après la 1<sup>ère</sup> année du 3<sup>ème</sup> cycle.**

**Chirurgie : 8 ans à compter de la nomination au concours de l'Internat.**

**Autres spécialités : 7 ans à compter de la nomination au concours de l'Internat.**