Photographie d'identité

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

Conseil départemental de l'Ordre des médecins

DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Réservé à l'Ordre

Conseil départemental : I__I__I
Date d'inscription : ____ / ____ / _____
Date de 1ère inscription à l'Ordre : ____/____/_____
Numéro départemental : I__I__I__I__I__I__I
Numéro RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

☐ Primo-inscription (autre que public concerné par l'inscription en ligne)
☐ Transfert de résidence professionnelle (nouvelle inscription)
☐ Réinscription

Toutes les rubriques doivent être obligatoirement renseignées. Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question pour laquelle une case « oui/non » n'est pas disponible, veuillez renseigner la case « non » concerné(e).

I. ETAT CIVIL ET SITUATION PERSONNELLE

1. ETAT CIVIL

Nom de naissance : .....
.....
Prénom de naissance : .....
Le prénom composé, qu'il soit lié par un tiret ou non, ne doit pas être scindé entre prénom de naissance et prénom complémentaire
Prénom(s) complémentaire(s) : .....
.....
Nom d'usage* : .....
.....
Nom d'exercice** : .....
.....
Prénom d'exercice*** : .....

Sexe**** : ☐ Masculin ☐ Féminin
Nationalité(s) : .....
.....
Date de naissance : ____ / ____ / _____
Lieu de naissance :
Ville : .....
.....
Département : .....
.....
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.
**** Tel que mentionné à l'état civil

2. RETRAITE *(Y compris si vous continuez d'exercer)*

☐ Non concerné(e)

Date de retraite libérale : ____ / ____ / _____
Date de retraite salariée : ____ / ____ / _____
Date de retraite hospitalière : ____ / ____ / _____

3. LANGUES PARLEES *(En plus du français)*

.....

4. COORDONNEES PERSONNELLES

Adresse postale :.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....

II. DIPLOMES, AUTORISATIONS ET QUALIFICATIONS

Pour information : authentification des diplômes et titres (article D. 4113-116 du code de la santé publique).

5. DIPLOME DE MEDECIN

☐ Français
☐ Européen (d'un Etat de l'UE ou de l'EEE)
☐ Suisse
☐ Royaume-Uni
☐ Autre

Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Lieu d'obtention : Faculté : ..... Pays : .....

6. AUTORISATION D'EXERCICE CONFERANT LE DROIT DE S'INSCRIRE A L'ORDRE *(arrêté ministériel, DGARS ou représentant de l'Etat, Outre-mer, Nouvelle-Calédonie)*

Etes-vous titulaire d'une autorisation d'exercice : ☐ Oui ☐ Non
Date de l'arrêté d'autorisation : ____ / ____ / _____ Durée de l'autorisation si temporaire : .....
Le cas échéant, dans la spécialité de : .....

7. SPECIALITE(S) ACQUISE(S)

☐ Non concerné(e)

SPECIALITE(S) OBTENUE(S) EN FRANCE :

☐ **D.E.S** *(le cas échéant, préciser l'option)* : .....
.....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **Procédure 2ème D.E.S** *(le cas échéant, préciser l'option)* : .....
.....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **D.E.S.C (groupe II)** qualifiant : .....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **C.E.S** : .....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....

☐ **Arrêté par équivalence du ministère (C.E.S, D.E.S)** : .....
.....
Date de l'arrêté : ____ / ____ / _____

☐ **Spécialité obtenue par voie de Commission ordinale de qualification** : .....
.....
Décision par le Conseil départemental de : ..... Date : ____ / ____ / _____
Décision par le Conseil national Date : ____ / ____ / _____

☐ **Spécialité obtenue par autorisation d'exercice** *(cf. section 0 ci-dessus)* : .....
.....
Date de l'arrêté d'autorisation : ____ / ____ / _____

SPECIALITE(S) OBTENUE(S) DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE OU AU ROYAUME-UNI :

• Spécialité obtenue : .....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Pays d'obtention : ..... Université : .....

• Spécialité obtenue : .....
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Pays d'obtention : ..... Université : .....

8. QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE (NON SPECIALISTE)

☐ Non concerné(e)

QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE EN FRANCE :

☐ **Résidanat**

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

Faculté : .....

☐ **Qualification en médecine générale prononcée par le Conseil (Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991)**

Décision par le Conseil départemental ou national : ..... Date : ____ / ____ / _____

QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE (droits acquis spécifiques en médecine générale) OBTENUE DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE OU AU ROYAUME-UNI :

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

Pays d'obtention : ..... Université : .....

9. COMPETENCE(S) EN FRANCE

☐ Non concerné(e)

☐ **C.E.S** : .....

.....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

Faculté : .....

☐ **Compétence obtenue par voie de Commission ordinale de qualification** : .....

.....

Décision par le Conseil départemental : ..... Date : ____ / ____ / _____

Décision par le Conseil national ..... Date : ____ / ____ / _____

10. DIPLOME(S) COMPLEMENTAIRE(S) NON QUALIFIANT(S) EN FRANCE

☐ Non concerné(e)

☐ **Formation(s) spécialisée(s) transversale(s) (FST) :**

- .....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____ Faculté : .....

- .....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____ Faculté : .....

☐ **D.E.S.C (groupe I)** :

- .....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____ Faculté : .....

Faculté : .....

- .....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____ Faculté : .....

Faculté : .....

☐ **Droit d'exercice complémentaire (VAE ordinale)** :

- .....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

- .....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____

☐ **Capacité(s)** :

- .....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____ Faculté : .....

Faculté : .....

- .....

Date d'obtention : ____ / ____ / _____ Faculté : .....

11. TITRES ET AUTORISATIONS EN FRANCE ☐ Non concerné(e)

☐ **Orientation en homéopathie** ☐ **Orientation en acupuncture**
Date d'obtention : ____ / ____ / _____
Faculté : .....
Seule une formation commencée avant le 3 octobre 2019 peut accorder l'orientation en homéopathie.

☐ **Diplôme(s) interuniversitaire(s) (D.I.U) ou universitaire(s) (D.U) ouvrant droit au titre** :
Voir liste : https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/titres-mentions-autorises-plaques-ordonnances

- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....
- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....
- .....
  .....
  Date d'obtention : ____ / ____ / _____
  Faculté : .....

☐ **Titre d'ostéopathe** :
Date d'obtention : ____ / ____ / _____

☐ **Titre de psychothérapeute** :
Date d'obtention : ____ / ____ / _____

☐ **Autorisation d'exercer la médecine du travail** (article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) :
Date d'obtention : ____ / ____ / _____

III. SITUATION ADMINISTRATIVE

12. ENREGISTREMENT AU RPPS PENDANT L'INTERNAT ***(A ne renseigner que s'il s'agit d'une première inscription à l'Ordre)***

Avez-vous été enregistré(e) au RPPS pendant votre internat : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez votre n° RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

13. INSCRIPTION COMME DOCTEUR JUNIOR AU TABLEAU SPECIAL CDOM ***(Demande d'inscription rétroactive impossible)*** ☐ Non concerné(e)

Avez-vous été inscrit(e) au Tableau spécial des Docteurs Juniors : ☐ Oui ☐ Non
☐ Oui, Conseil départemental : .....
☐ Non, motiver l'absence d'inscription au Tableau spécial : .....
Avez-vous fait l'objet d'un refus, le cas échéant : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, motif(s) : .....
Appel : ☐ Oui ☐ Non Décision après appel : ☐ Inscription ☐ Refus d'inscription
Motif(s) : .....

14. MEDECINS APPARTENANT AUX CADRES ACTIFS DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES ☐ Non concerné(e)

Appartenez-vous ou avez-vous appartenu au service de santé des armées : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez votre n° RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__ISi vous êtes dégagé(e) des cadres :
Position d'inactivité : ☐ Définitive ☐ Temporaire
Motif(s) :..... Date de début : ____ / ___ / ____ Date de fin, le cas échéant : ____ / ____ / ____

15. ENREGISTREMENT AU RPPS AU TITRE D'UNE AUTRE PROFESSION

Etes-vous ou avez-vous été enregistré(e) au RPPS au titre d'une autre profession : ☐ Oui ☐ Non

Si oui - précisez votre n° RPPS : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

- précisez pour quelle profession : .....
- s'il s'agit d'une profession soumise à une inscription à un Ordre, êtes-vous encore inscrit au Conseil de l'Ordre de cette profession :

☐ Oui ☐ Non, dans ce cas précisez votre date de radiation : ____ / ____ / _____

• Si radiation : ☐ administrative ☐ disciplinaire, motif(s) : .....

16. INSCRIPTION PRECEDENTE A UN TABLEAU DE L'ORDRE DES MEDECINS EN FRANCE

1. Avez-vous été inscrit(e) à un tableau de l'Ordre en France : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le dernier département d'inscription : .....

Le cas échéant, sur la liste spéciale des médecins résidant à l'étranger (CNOM) : .....

2. Avez-vous fait l'objet d'une suspension d'exercice : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, par quelle(s) autorité(s) : .....

Nature de la ou des suspension(s) :..... Motif(s) :.....

3. Avez-vous fait l'objet d'un refus d'inscription, d'une radiation ou d'un retrait en France : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le dernier Conseil ayant prononcé cette ou ces décision(s), le(s) motif(s) ainsi que l'année : .....

.....

☐ Cette décision fait elle l'objet d'un recours (devant la Formation Restreinte CROM ou CNOM ou Conseil d'Etat) ?

17. INSCRIPTION A UN ORDRE OU ENREGISTREMENT A ORGANISME ASSIMILE A L'ETRANGER *(médecin ou autre profession de santé)*

1. Avez-vous été ou êtes-vous inscrit(e) à un ordre ou enregistré(e) à un organisme assimilé à un Ordre à l'étranger : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez chaque Etat d'inscription ou d'enregistrement la profession, ainsi que la période : .....

.....

2. Avez-vous fait l'objet d'une suspension d'exercice : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, par quelle(s) autorité(s) : .....

Nature de ou des suspension(s) :..... Motif(s) :.....

3. Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'une radiation ou d'un retrait dans l'un de ces Etats : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez chaque Etat ayant prononcé cette ou ces décision(s), le(s) motif(s) ainsi que l'année :

.....

.....

18. LIBRE PRESTATION DE SERVICES *(Directive européenne 2005/36/CE, article 5 et suivants)*

1. Avez-vous été ou êtes-vous enregistré(e) en France sur la liste des médecins libres prestataires de services : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez-la ou les années : .....

Si oui, précisez-le numéro d'enregistrement et la spécialité : .....

☐ Rejet : ..... Motif(s) : .....

2. Avez-vous été ou êtes-vous enregistré(e) dans un autre Etat membre de l'Union européenne/EEE/Suisse sur la liste des médecins libres prestataires de services : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez-la ou les années : .....

Si oui, la spécialité : .....

☐ Rejet : ..... Motif(s) : .....

19. PROCEDURE COLLECTIVE *(procédure de sauvegarde judiciaire, redressement judiciaire, liquidation judiciaire)*

Faites-vous ou avez-vous fait l'objet d'une procédure collective : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : .....

IV. SITUATION PROFESSIONNELLE

20. SITUATION PROFESSIONNELLE PREVUE DANS LE DEPARTEMENT

Veuillez préciser sous quelle qualification vous sollicitez votre inscription :

☐ Médecine générale
☐ Autre spécialité : .....

Veuillez préciser ci-dessous votre situation professionnelle (ne cocher qu'une seule case) :

☐ Activité médicale régulière
☐ Activité médicale intermittente ou remplacements réguliers
Préciser : ☐ libérale et/ou ☐ salariée
☐ Adresse de domicile personnelle dans le département : .....
☐ Aucune activité médicale (passer aux questions 0 et suivantes)
Préciser : ☐ retraité ou ☐ non-retraité (il pourra vous être demandé de justifier votre demande d'inscription)

Veuillez préciser si vous être associé(e) dans une société : ☐ Oui ☐ Non si oui, préciser le statut (SELARL, SELAS, SCP, SPFPL, SISA) :..... la dénomination sociale : .....associé(e) exerçant : ☐ Oui ☐ Non

21. ACTIVITE ENVISAGEE LA PLUS IMPORTANTE EN TEMPS (ACTIVITE PRINCIPALE) EN FRANCE

☐ Libérale ☐ Hospitalière ☐ Salariée ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : ..... Tél. : .....
..... Fax : .....
Adresse postale : ..... Mobile : .....
..... E-mail : .....
....

22. AUTRE(S) LIEU(X) D'ACTIVITE *(Au-delà de 2 autres lieux d'activité, veuillez les renseigner en page 10)*

☐ Non concerné(e)

Tous les lieux d'activité doivent être déclarés à l'Ordre. Nous appelons votre attention sur les dispositions de l'article R. 4127-85 du code de la santé publique selon lesquelles une activité dans un autre lieu que celui de votre activité principale peut être subordonnée à une déclaration préalable, au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de début d'activité, auprès du Conseil départemental de l'Ordre du lieu de l'activité envisagée, qui aura la possibilité de s'y opposer. Veuillez-vous rapprocher de ce Conseil départemental afin de vérifier si votre situation relève de ces dispositions.

☐ Libérale ☐ Hospitalière ☐ Salariée ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : ..... Tél. : .....
..... Fax : .....
Adresse postale : ..... Mobile : .....
..... E-mail : .....
.....

☐ Libérale ☐ Hospitalière ☐ Salariée ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....
Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : ..... Tél. : .....
..... Fax : .....
Adresse postale : ..... Mobile : .....
..... E-mail : .....
.....

23. PLAQUES ET ORDONNANCES *(Articles R. 4127-79 et R. 4127-81 du code de la santé publique)*

Indiquer ci-dessous le libellé de vos plaques :

Indiquer ci-dessous le libellé de vos ordonnances :

24. ANNUAIRES *(Article R. 4127-80 du code de la santé publique)*

Veuillez indiquer ci-dessous les mentions données aux annuaires téléphoniques ou à tout autre annuaire professionnel :

Dans le cas où vous souhaiteriez faire paraitre dans la presse une annonce d'installation, le libellé devra en être soumis, préalablement, à l'approbation du Conseil départemental de l'Ordre (article R. 4127-82 du code de la santé publique).

25. COORDONNEES DE CORRESPONDANCE

Au titre de l'article D. 4113-115 du code de la santé publique, en cas d'interruption ou de cessation d'activité, vous êtes tenu(e), pendant une période de trois ans suivant votre radiation du tableau, d'informer, dans le délai d'un mois, le Conseil départemental de l'Ordre dans le ressort duquel est située votre dernière résidence professionnelle de toute modification de vos coordonnées de correspondance.
L'obligation d'informer en cas de cessation d'activité d'un médecin exerçant à titre libéral doit être transmise au plus tard six mois avant la date prévue, au conseil départemental et à l'ARS, sauf exception (articles L. 4113-15 et D. 4113-115-1 du code de la santé publique).
IMPORTANT : Cette information doit se faire par un canal sécurisé, soit par l'Espace médecin, soit en vous déplaçant à votre Conseil départemental.

Pour être contacté(e) par l'Ordre :
⚠ **Il est indispensable de communiquer une adresse correcte pour être dûment notifié(e) de tout document officiel de l'Ordre**.

Adresse postale : ..... Tél. : .....
..... Mobile : .....
..... E-mail : .....

IMPORTANT : le numéro de mobile et l'e-mail sont nécessaires pour l'accès à l'Espace médecin et à ses services en ligne mis à disposition par l'Ordre, notamment la messagerie sécurisée d'échange avec votre Conseil départemental.

Pour le RPPS (ces coordonnées serviront notamment à recevoir les messages électroniques de sécurité diffusés par les autorités sanitaires*, à l'envoi de la carte de professionnel de santé, et à l'activation de la e-CPS) :

Adresse postale : ..... Tél. : .....
..... Mobile : .....
..... E-mail : .....

IMPORTANT : l'adresse postale est nécessaire à l'envoi de la carte de professionnel de santé (CPS), le numéro de mobile et l'e-mail sont nécessaires pour l'activation de la carte de professionnel de santé dématérialisée (e-CPS).

*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.

V.SANCTIONS, CONDAMNATIONS ET PROCEDURES EN COURS

V. 1. EN FRANCE

26. CONDAMNATIONS ET SANCTION(S) DEFINITIVE(S) PRONONCEE(S) EN FRANCE

1. Une ou des sanctions ont-elles été prononcées à votre encontre par une juridiction disciplinaire d'un Ordre, ou de toute autre juridiction/instance disciplinaire : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez : .....
La nature de la ou des sanctions : .....
.....
Par quelle(s) juridiction(s) : .....
A quelle(s) date(s) : .....

2. Une ou des condamnations ont-elles été prononcées à votre encontre par les juridictions pénales : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez : .....
La nature de la ou les condamnations et les faits ayant justifié la ou les condamnations : .....
.....
Par quelle(s) juridiction(s) : .....
A quelle(s) date(s) : .....

3. Une ou des condamnations ont-elles été prononcées à votre encontre par une juridiction civile* : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, préciser : .....
La nature de la ou les condamnations et les faits ayant justifié la ou les condamnations : .....
Par quelle(s) juridiction(s) : .....
A quelle(s) date(s) : .....

4. Une ou des condamnations ont-elles été prononcées à votre encontre par une juridiction administrative* :
☐ Oui ☐ Non
Si oui, préciser : .....
La nature de la ou les condamnations et les faits ayant justifié la ou les condamnations : .....
Par quelle(s) juridiction(s) : .....
A quelle(s) date(s) : .....

* en lien avec la profession s'agissant des procédures civiles et administratives

27. PROCEDURE(S) EN COURS : *Cette rubrique concerne toute procédure en cours, y compris les recours que vous aurez formés contre toute sanction ou condamnation prononcée à votre encontre.*

1. Une ou des procédures devant une juridiction disciplinaire d'un ordre ou de toute autre juridiction/instance disciplinaire sont-elles en cours : ☐ Oui ☐ Non
Précisez devant quelle(s) juridiction(s) : .....
2. Une ou des procédures pénales* sont-elles en cours : ☐ Oui ☐ Non
Précisez la nature et le ressort : .....
3. Une ou des procédures civiles** sont-elles en cours : ☐ Oui ☐ Non
Précisez la nature et le ressort : .....
4. Une ou des procédures administratives** sont-elles en cours : ☐ Oui ☐ Non
Précisez la nature et le ressort : .....

* il s'agit de tout acte pris à votre encontre par les autorités judiciaires (parquet, magistrat, juge d'instruction, juridiction de jugement, juge d'exécution…)
** en lien avec la profession s'agissant des procédures civiles et administratives

V. 2. A L'ETRANGER

28. CONDAMNATIONS ET SANCTION(S) DEFINITIVE(S) PRONONCEE(S) A L'ETRANGER

1. Une ou des sanctions ont-elles été prononcées à votre encontre par une juridiction disciplinaire d'un Ordre ou d'un organisme assimilé, ou de toute autre juridiction/instance disciplinaire : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, la nature de la ou des sanctions : .....
Par quelle(s) juridiction(s) : .....
A quelle(s) date(s): .....
2. Une ou des condamnations ont-elles été prononcées à votre encontre par les juridictions judiciaires (pénales, civiles) ou administratives : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez la nature de la ou des condamnations : .....
Par quelle(s) juridiction(s) : .....
A quelle(s) date(s) : .....

29. PROCEDURE(S) EN COURS : ***Cette rubrique concerne toute procédure en cours, y compris les recours que vous aurez formés contre toute sanction ou condamnation prononcée à votre encontre.***

1. Une ou des procédures devant une juridiction disciplinaire d'un Ordre ou de toute autre juridiction disciplinaire sont-elles en cours : ☐ Oui ☐ Non
Précisez-le(s) pays et la ou les juridiction(s) : .....
2. Une ou des procédures pénales sont-elles en cours : ☐ Oui ☐ Non
Précisez la nature et le ressort : .....
3. Une ou des procédures civiles* sont-elles en cours : ☐ Oui ☐ Non
Précisez la nature et le ressort : .....
4. Une ou des procédures administratives* sont-elles en cours : ☐ Oui ☐ Non
Précisez la nature et le ressort : .....

* en lien avec la profession s'agissant des procédures civiles et administratives

REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie médicale et je fais serment de le respecter. »

COCHER LA CASE CI-DESSOUS :

☐ J'ai pris connaissance de la charte du médecin créateur de contenu responsable, qui s'adresse aux médecins qui interviennent sur les réseaux sociaux ou les plateformes numériques pour délivrer du contenu sur des thématiques de santé. **Si vous êtes concerné(e), ou lorsque vous le serez, vous êtes invité(e) à signer cette charte.**

REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :

(Uniquement si vous êtes tenu(e) de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique)

« Je reconnais avoir été informé(e) de l'obligation de souscrire une assurance de responsabilité civile professionnelle, conformément aux dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique. »

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des médecins du département de .....
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus et 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 (articles R. 4127-111 et D. 4113-15 du code de la santé publique).
Je reconnais être informé(e) que le défaut de réponse aux questions ci-dessus est susceptible d'entrainer un refus d'inscription 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 informations recueillies, sur ce questionnaire et dans le cadre de mises à jour ultérieures, sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'Ordre des médecins.
Le responsable de ce traitement est l'Ordre des médecins.
Les données recueillies sont utilisées pour les finalités suivantes :

- *tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicité leur inscription ;*
- *répondre à l'obligation prévue aux articles L. 4113-2 et D. 4113-121 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'Ordre ;*
- *établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'Ordre et d'informations relatives aux missions de l'Ordre des médecins ;*
- *réaliser des études démographiques avec des données pseudonymisées.*

La base légale du traitement est le respect d'obligations légales.

Ces données sont destinées à l'Ordre des médecins et au Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), conformément à l'obligation de tenir à jour le RPPS prévue aux articles D. 4113-117 et suivants du code de la santé publique.

Elles peuvent également être communiquées, lorsque nécessaire, aux instances représentatives de la profession des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi qu'à celles établies hors Union européenne.

Les données collectées ne sont pas revendues. Les données non publiques au sens de l'arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS) ne sont pas partagées avec des tiers non autorisés. Dans le cadre de ses missions l'Ordre peut être amené à les partager avec des sous-traitants respectant les mesures de sécurité nécessaires.

Les données sont conservées pendant 20 ans à compter de la date de radiation.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ou encore d'opposition sous certaines conditions.

Vous pouvez exercer vos droits auprès de votre conseil départemental. Vous trouverez les coordonnées de votre conseil départemental au lien suivant : https://www.conseil-national.medecin.fr/contacts-ordre-des-medecins.

Si vous n'êtes pas satisfait par la réponse apportée, vous pouvez porter une réclamation à la CNIL, le cas échéant.

☐ Je consens à recevoir diverses informations ordinales strictement liées à l'exercice de la profession.

Annexe A. AUTRES LIEUX D'ACTIVITE *(cf. page 6)*

☐ Libérale ☐ Hospitalière ☐ Salariée ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

☐ Libérale ☐ Hospitalière ☐ Salariée ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

☐ Libérale ☐ Hospitalière ☐ Salariée ☐ Bénévole ☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) : .....

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) : .....

Date de début : ____ / ____ / _____

Dénomination sociale : .....
.....
Adresse postale : .....
.....
.....
.....
.....

Tél. : .....
Fax : .....
Mobile : .....
E-mail : .....
.....

Nom: .....
Prénom: .....

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

Signature:

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Les 10 principes du médecin créateur de contenu responsable

1- Je pourrai intervenir sur les réseaux sociaux et plateformes en tant que médecin pour délivrer du **contenu pédagogique** s'adressant à des confrères, des étudiants, ou d'autres professionnels de santé, du **contenu médical et scientifique vulgarisé** visant à sensibiliser et informer le grand public, ou **tout autre contenu concernant des thématiques de santé**.

2- J'utiliserai le terme **docteur dans mon pseudonyme** seulement si j'en possède effectivement le titre et je m'engagerai **à informer l'ordre de cette activité**.

3- Je n'utiliserai **pas de moyens payants pour mieux référencer** mon contenu et je respecterai les règles en matière d'influence responsable **en mentionnant mes partenariats dans mes contenus**.

4- Je m'astreindrai à produire un **contenu daté, avec sources explicites et détaillées** que je m'efforcerai de mettre à jour.

5- Je ne donnerai **aucun conseil médical personnalisé** sur les réseaux sociaux et plateformes à des utilisateurs.

6- Je **ne ferai ou je n'encouragerai la promotion d'aucune pratique ou thérapeutique non validée scientifiquement**.

7- Je ne ferai sur les réseaux sociaux et plateformes aucune **promotion de ma propre activité et pratique médicale**.

8- Je ne créerai **pas de contenu faisant la promotion commerciale** de tout produit de santé, médicament ou dispositif médical.

9- Je serai **prudent dans les contenus délivrés et modéré dans mes propos et interactions** avec les autres utilisateurs.

10- J'utiliserai tous les moyens que les réseaux sociaux et plateformes mettent à disposition aux médecins pour **s'identifier en tant que médecin**, pour indiquer mes qualifications médicales reconnues par l'ordre et pour qualifier mon contenu de « contenu de santé ».

Je m'engage, en signant cette charte, élaborée en collaboration avec l'Ordre des médecins, à produire un contenu et à avoir une conduite sur les réseaux sociaux et plateformes dans le respect du code de déontologie.

Annexe B. LISTE DES PIECES A FOURNIR

PIECES A FOURNIR POUR TOUTE INSCRIPTION (PREMIERE INSCRIPTION, TRANSFERT OU RE-INSCRIPTION)

- 2 exemplaires du questionnaire d'inscription avec une photographie récente ;

- Un curriculum vitae détaillé et actualisé ;

- Une copie de vos diplômes, certificats ou titres conférant une qualification

- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (ou, le cas échéant, une attestation de nationalité délivrée par une autorité compétente) ;

- Le cas échéant, pour les ressortissants d'Etat tiers ayant validé des diplômes européens, une photocopie de l'un des titres de séjour français suivants :
    - carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union en cours de validité ;
    - carte de résident de longue durée-CE en cours de validité ;
    - carte de résident portant mention du statut de réfugié en cours de validité ;
    - carte bleue européenne en cours de validité ;
    - titre de séjour portant la mention du droit à exercer « toute profession en France (métropolitaine) dans le cadre de la législation en vigueur »

- Les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de la profession ainsi que ceux relatifs à l'usage du matériel et du local dans lequel vous exercez ;

- Si vous exercez en société en SEL ou en SCP, les statuts de cette société et leurs avenants ;

- Si vous êtes fonctionnaire ou agent public : l'arrêté de nomination ;

- Si vous êtes professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) ou praticien hospitalier (PH) : l'arrêté de nomination en qualité de praticien hospitalier et, le cas échéant, le décret ou l'arrêté de nomination en qualité de professeur des universités ou de maître de conférences des universités ;

- Si vous avez été établi(e) dans un Etat étranger :

    - Si vous avez été établi(e) dans un Etat tiers à votre majorité, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de l'Etat d'origine ou de provenance, accompagnée d'une traduction effectuée par un traducteur agréé ;

    - Si vous êtes ressortissant UE/EEE le Conseil départemental vous demandera de signer une lettre de consentement afin d'obtenir votre casier judiciaire européen dit ECRIS ;

    - Un certificat d'inscription/enregistrement ou de radiation de l'inscription/de l'enregistrement, datant de moins de trois mois, délivrée l'autorité compétente (Ordre ou organisme assimilé) de l'Etat d'origine ou de provenance, accompagné d'une traduction effectuée par un traducteur agréé. Ce document doit être produit pour chacun des pays dans lequel vous vous êtes établi(e). À défaut, une déclaration sur l'honneur certifiant que vous n'avez jamais été inscrit ou enregistré ;

    - Une attestation de conduite professionnelle, datant de moins de trois mois, délivrée l'autorité compétente (Ordre ou organisme assimilé) de l'Etat d'origine ou de provenance. Ce document doit être produit pour chacun des pays dans lequel vous vous êtes établi(e).

        - Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours à votre encontre (remplir en lieu et place, toutes les rubriques n°26 à n°29 du présent questionnaire) ;

- Tous éléments de nature à établir que vous possédez les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.

Tourner la page S.V.P.

PIECES SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR POUR UNE PREMIERE INSCRIPTION (les originaux de ces pièces seront à fournir lors de votre rendez-vous au Conseil départemental)

• Une copie des titres de formation, accompagnée, le cas échéant, d'une traduction faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

• Si vous êtes ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et que vos titres de formation ont été délivrés par l'un de ces Etats, vous devez joindre selon votre situation :

- soit une attestation de conformité de vos titres de formation aux exigences minimales de formation prévues par la directive 2005/36/CE consolidée ;

- soit une attestation datant de moins de deux ans au dépôt de la demande d'inscription certifiant que vous vous êtes consacré effectivement et licitement à l'exercice de la profession de médecin dans votre spécialité, dont la formation a commencé avant la date de référence visée à l'annexe V, pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation (droits acquis) ;

- soit, si vos titres de formation ont été délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, l'ancienne Union soviétique ou l'ancienne Yougoslavie ou qu'ils sanctionnent une formation commencée avant la date d'indépendance de la République tchèque, de la Slovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie ou de la Slovénie, vous devez joindre selon votre situation :

- ✓ une attestation des autorités compétentes de la République tchèque ou de la Slovaquie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;
- ✓ une attestation des autorités compétentes de l'Estonie, de la Lettonie ou de la Lituanie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;
- ✓ une attestation des autorités compétentes de la Slovénie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;

- soit une attestation certifiant que vous bénéficiez des droits acquis spécifiques en médecine générale (article 30 de la directive 2005/36/CE modifiée) ;

• Si vous avez obtenu une autorisation ministérielle d'exercice : l'arrêté publié au Journal Officiel et la copie de la notification d'autorisation ministérielle d'exercice

• **Si vous avez obtenu une autorisation d'exercice délivrée par le Directeur général de l'agence régionale de santé ou le représentant de la santé :** l'arrêté et la notification

PIECES SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR POUR UN TRANSFERT OU UNE RE-INSCRIPTION (les originaux de ces pièces seront à fournir lors de votre rendez-vous au Conseil départemental)

• Le cas échéant, une copie des titres de formation obtenus depuis votre précédente inscription au tableau de l'Ordre.