

**ANNEXE**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION  
MINISTERIELLE D'EXERCICE**

**Profession :** .....

**Spécialité :** .....

- Vous êtes lauréat des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française
- Vous êtes lauréat de la procédure dite « loi de 1972 »
- Vous êtes titulaire d'un diplôme communautaire

*Etat civil*

M      Mme      Mlle

Nom de famille : .....

Nom d'épouse : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : ..... Ville : ..... Pays : .....

Nationalité : .....

*Coordonnées*

Adresse Personnelle : .....

Ville : ..... Code Postal : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Mél : .....

**Diplôme de la profession considérée**

Intitulé du diplôme : .....

Date d'obtention : ..... Pays d'obtention : .....

Délivré par : .....

### **Diplôme de spécialisation**

PAYS	INTITULE	DATE	UNIVERSITE

### **Autres diplômes, titres et certificats**

PAYS	INTITULE	DATE	UNIVERSITE

### **Exercice professionnel Fonctions exercées à l'étranger**

NATURE	LIEU ET PAYS	PERIODE

### Fonctions exercées en France

ETABLISSEMENT	STATUT	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL	PERIODE

### Fonctions exercées dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice

(après réussite aux épreuves ou sur recommandation de la commission)

ETABLISSEMENT	SERVICE	NATURE	PERIODE

## Projets professionnels éventuels

Formulaire à retourner dûment complété à l'adresse suivante :

Ministère de la santé et des solidarités, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers, bureau de l'exercice médical [M1]), 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP

Date : .....

*Signature*