

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PRATIQUER UNE PROFESSION DE LA SANTÉ

## Profession

---

### Données personnelles

Nom Sexe F M  
Prénom/s Date de naissance  
Nom de célibataire  
Nationalité  
*Etrangers :* Permis de séjour B C G Demande permis en cours  
Code GLN \*  
(\*Seulement pour les professions enregistrées dans un registre fédéral (MedReg, PsyReg, NAREG) ; si vous ne figurez pas encore dans le registre vous concernant, veuillez-vous adresser à l'OFSP (MedReg, PsyReg) ou à la Croix-Rouge suisse (NAREG).

---

### Adresse privée

Rue, N°  
NPA, localité Pays  
Tél. privé Mobile  
Email privé

### Future adresse professionnelle

Nom de l'établissement *(le cas échéant)*  
Rue, N°  
NPA, localité  
Tél. prof. Mobile  
Email prof.  
Site internet

---

### Activité professionnelle envisagée

| Type  | Nombre de demi-journée/semaine | Date prévue de début |
|---|--------------------------------|----------------------|
| à titre indépendant (en son propre nom et à son propre compte)            |                                |                      |
| à titre dépendant (salarié), sous propre responsabilité professionnelle * |                                |                      |

(\* Exerce à titre dépendant, sous propre responsabilité professionnelle, tout professionnel de la santé, qui, tout en ayant un statut de salarié, n'exerce pas sous la responsabilité et la surveillance d'un professionnel autorisé et assume dès lors la responsabilité professionnelle de ses actes. Ce type d'activité est notamment répandu dans les institutions ambulatoires comme des centres dentaires ou médicaux, dans des pharmacies ou droguerie de chaînes, ou dans des hôpitaux.)

---

### Admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins

Avez-vous l'intention de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) ?

- oui, à titre indépendant (admission personnelle)
- oui, à titre dépendant, sous propre responsabilité professionnelle (admission par le biais de l'employeur)
- non

### Renseignements complémentaires

|  |     |     |
|--|-----|-----|
| Êtes-vous déjà au bénéfice d'une autorisation de pratiquer en Suisse ?   | oui | non |
| Si oui, dans quels cantons ?   |     |     |
| Une demande d'autorisation de pratique a-t-elle été refusée par un autre canton ou pays ?  | oui | non |
| Si oui, par quels cantons ou par quels pays ?  |     |     |
| Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'une procédure pénale, disciplinaire ou administrative, d'une procédure en responsabilité civile professionnelle ou de poursuite pour dettes/faillite ? | oui | non |
| <b>Si oui, veuillez-nous en informer, documents à l'appui, de l'état de la procédure.</b>  |     |     |
| Avez-vous des problèmes de santé physiques et/ou psychiques qui pourraient avoir un impact sur votre activité professionnelle ?  | oui | non |

---

### Titre/s de formation (diplôme, certificat, etc.)

Titre de formation (dénomination)

*Les cas échéants :*

Reconnaissance/équivalence du titre de formation étranger délivrée le

*Pour les professions de **chiropraticien**, de **médecin** et de **pharmacien** :*

Titre postgrade (dénomination)\*

*Le cas échéant :*

Reconnaissance du titre postgrade étranger délivrée le

(\*seul le titre postgrade correspondant à l'activité principale doit être indiqué)

---

### Remarques ou informations supplémentaires

---

Le requérant ou la requérante s'engage avoir fourni des informations complètes et véridiques. En cas de réponse inexacte ou trompeuse, l'autorisation de pratique pourra être retirée.

Le requérant ou la requérante est en outre tenu-e de signaler sans délai à l'autorité toute modification de sa situation professionnelle ou personnelle par rapport aux informations contenues dans la présente demande, en particulier les changements de nom ou d'adresse, son statut d'indépendant ou de salarié, la cessation et la reprise de son activité, le départ du canton ainsi que l'ouverture d'une procédure pénale, disciplinaire ou administrative à son encontre.

**Le requérant ou la requérante autorise l'autorité à se renseigner à son sujet auprès des institutions ayant délivré ses titres de formation ou leur équivalent, ainsi qu'auprès de ses employeurs, les assureurs de responsabilité civile professionnelle et des autorités de surveillance cantonales, fédérales et étrangères. Il ou elle autorise ces derniers à communiquer à l'autorité tout renseignement nécessaire au traitement de la présente demande ou à toute instruction ultérieure effectuée dans le cadre de la surveillance de son activité professionnelle, en particulier toute information permettant d'établir que le requérant ou la requérante est digne de confiance.**

Lieu et date

Signature