

*La ministre de la santé et des sports,*  
 Pour la ministre et par délégation :  
 Par empêchement de la directrice  
 de l'hospitalisation  
 et de l'organisation des soins :  
*La chef de service,*  
 C. D'AUTUME

*La ministre de l'enseignement supérieur  
 et de la recherche,*  
 Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général  
 pour l'enseignement supérieur,  
 et l'insertion professionnelle,*  
 P. HETZEL

## ANNEXE 1

FORMULAIRE DE DEMANDE  
D'AUTORISATION MINISTÉRIELLE D'EXERCICE

- Profession : .....
- Spécialité : .....
- Vous êtes lauréat des épreuves de vérification des connaissances (art. L. 4111-1 [I], L. 4221-12).
- Vous êtes lauréat de la procédure dite « loi de 1972 ».
- Vous êtes de nationalité extracommunautaire titulaire de diplômes communautaires (art. L. 4111-2 [I *bis*], L. 4221-9).
- Vous êtes de nationalité communautaire titulaire de diplômes communautaires non conformes aux obligations communautaires (art. L. 4131-1-1, L. 4141-3-1, L. 4151-5-1, L. 4221-14-1).
- Vous êtes de nationalité communautaire titulaire de diplômes délivrés par un Etat tiers et reconnus par un Etat, membre ou partie, autre que la France (art. L. 4111-2 [II], L. 4221-14-2).

*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 : .....

Date de reconnaissance du diplôme : .....

*Diplômes de spécialisation*

PAYS	INTITULÉ	DATE	UNIVERSITÉ

*Autres diplômes, titres et certificats*

PAYS	INTITULÉ	DATE	UNIVERSITÉ

*Exercice professionnel : fonctions exercées à l'étranger*

NATURE	LIEU ET PAYS	PÉRIODE

*Fonctions exercées en France*

ÉTABLISSEMENT	STATUT	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL	PÉRIODE

*Fonctions exercées dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice (\*)  
(après réussite aux épreuves ou sur recommandation de la commission)*

(\*) Cadre à remplir uniquement si vous êtes lauréat des épreuves de vérification des connaissances ou lauréat de la procédure dite « loi de 1972 ».

ÉTABLISSEMENT	SERVICE	NATURE	PÉRIODE

ÉTABLISSEMENT	SERVICE	NATURE	PÉRIODE

*Projets professionnels éventuels*

Date : .....

*Signature*