

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION MINISTERIELLE D'EXERCICE POUR LA PROFESSION DE MEDECIN

(Articles L. 4111-3-1 et D. 4111-22 à D. 4111-27 du Code de la santé publique)

*A remplir en caractère d'imprimerie*

✓ **Spécialité sollicitée :**  
(Cf. Annexe I de l'ARM)

.....

✓ **Etat civil :**

### Civilité

(Cochez la mention)

M.  Mme.  Mlle.

Nom de famille (nom de naissance) : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

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

Nationalité : .....

✓ **Coordonnées :**

Adresse de correspondance / personnelle :

.....

Ville : .....

Code postal : .....

Téléphone : .....

Portable : .....

Courrier électronique : .....

✓ **Diplôme de base :**

INTITULÉ	DATE de validation	UNIVERSITÉ

✓ **Diplôme de médecin spécialiste pour la reconnaissance :**

INTITULÉ	DATE de validation	UNIVERSITÉ

✓ **Autres diplômes, titres et certificats :**

INTITULÉ	DATE de validation	UNIVERSITÉ

✓ **Exercice professionnel : fonctions exercées**

FONCTION et spécialité exercée	LIEU et PAYS	DATE ET DURÉE

✓ **Projets professionnels :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

***Nous attirons votre attention sur le fait que l'autorisation ministérielle d'exercice ne confère pas à elle seule le droit d'exercer la médecine en France.***

***En effet, il ressort des dispositions de l'article L.4111-1 du code de la santé publique, que nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est inscrit à un tableau de l'ordre des médecins.***

***Par conséquent, nous vous invitons dès réception de l'arrêté ministériel d'autorisation d'exercice à vous rapprocher du conseil départemental de l'ordre de votre lieu d'exercice, pour initier la procédure d'inscription.***

**Date :**

**Signature :**

## **Liste des pièces à envoyer pour la demande d'autorisation ministérielle d'exercice (profession de médecin)**

### **Nous vous rappelons que l'ARM s'applique aux médecins :**

- titulaires d'un diplôme de docteur en médecine délivré par une des quatre facultés de médecine du Québec (M.D. – Québec)
- ayant complété dans un programme agréé au Québec une formation postdoctorale en médecine de famille ou dans l'une des spécialités prévues à l'entente (Résidence – Québec)
- titulaires d'un titre de formation en médecine générale ou dans l'une des spécialités prévues à l'entente délivré par une université québécoise (Attestation en médecine de famille ou certificat de spécialiste – Québec)
- inscrits au tableau du CMQ en qualité de médecin omnipraticien/de famille ou spécialiste sans restriction ni limitation d'exercice, qu'elle découle d'une mesure administrative, d'un engagement volontaire ou d'une décision disciplinaire (Membre en règle du Collège des médecins du Québec).

### ***Pour la constitution de votre dossier, nous vous saurions gré de joindre au formulaire de demande d'autorisation ministérielle les pièces suivantes :***

- a) une copie de vos diplômes, certificats et autres titres sanctionnant une formation médicale;
- b) une attestation délivrée par le Collège des médecins du Québec certifiant que les diplômes, certificats, et autres titres sanctionnant une formation médicale délivrés en vertu de ses dispositions législatives, réglementaires ou administratives correspondent aux spécialités énumérées à l'annexe I;
- c) une copie de votre permis d'exercice;
- d) une preuve de votre inscription au Collège des médecins du Québec (datant de moins de 3 mois);
- e) les attestations que vous exercez ou avez exercé dans le champ d'activités médicales visé par l'autorisation demandée au cours des deux années qui précèdent votre demande;
- f) une attestation du Collège des médecins du Québec confirmant que vous ne faites l'objet d'aucune sanction disciplinaire ou pénale pouvant interdire ou restreindre votre exercice de la profession au Québec (datant de moins de trois mois);
- g) une déclaration sur l'honneur certifiant qu'à votre connaissance, aucune instance ne peut donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur votre inscription à l'Ordre.

#### **Information - protection des données**

*Les informations personnelles que vous transmettez au Conseil national de l'Ordre des médecins sont enregistrées et utilisées uniquement aux fins d'examiner votre demande d'autorisation ministérielle d'exercice pour la profession de médecin. Dans cette optique, elles seront ensuite transmises au Ministère chargé de la santé. Le Conseil national de l'Ordre des médecins agit dans le cadre de ses missions légales et est responsable de ce traitement de données, au sens du Règlement général de protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978. Seul le personnel compétent et habilité du Conseil national ainsi que les membres de la Commission d'examen auront accès à ces informations. Elles seront conservées le temps de l'examen de votre demande, puis conservées pour une durée nécessaire à la gestion des éventuels recours.*

*Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès du Délégué à la protection des données du Conseil national à l'adresse : [dpo@cn.medecin.fr](mailto:dpo@cn.medecin.fr). Vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou encore d'opposition sous certaines conditions, ainsi que du droit de vous adresser à la CNIL, le cas échéant.*