

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

Profession

---

## Données personnelles

Nom  Sexe  F  M  
Prénom/s  Date naissance   
Nom de célibataire   
Nationalité   
*Etrangers:* Permis de séjour  B  C  Demande de permis en cours  
 autres   
Code GLN (EAN)\*

(\*Seulement pour les professions médicales universitaires ([www.refdata.ch](http://www.refdata.ch)); si vous ne disposez pas d'un code GLN (EAN), veuillez vous adresser à l'Office fédéral de la santé publique)

---

## Adresse privée

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

## Future adresse professionnelle

Nom établissement  (*le cas échéant*)  
Rue, N°   
NPA, localité   
Tél. prof.  Mobile   
Email prof.  FAX   
Site Internet

## Adresse pour correspondance et facturation

Adresse privée  Future adresse professionnelle  Si différente de ces adresses:

Rue, N°   
NPA, localité  Pays

---

## Activité professionnelle envisagée

Type d'activité	Nombre demi-journées/semaine	Date prévue de début
<input type="checkbox"/> à titre indépendant (en son propre nom et à son propre compte)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> à titre dépendant (salarié), professionnellement responsable*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*Exerce à titre dépendant et professionnellement responsable, 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 telles que centres dentaires ou médicaux, pharmacies ou drogueries de chaînes, ou hôpitaux.)

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

- oui, à titre indépendant (admission personnelle)  
 oui, à titre dépendant, professionnellement responsable (admission par le biais de l'employeur)  
 non

### Activité professionnelle antérieure

Avez-vous déjà été autorisé-e à pratiquer votre profession en Suisse?  oui  non

Si oui, dans quels cantons?

Avez-vous également demandé une autorisation de pratique dans un autre canton?  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, dans quels cantons ou quels pays?

Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'une procédure pénale ou administrative?  oui  non

Si oui, veuillez joindre la décision finale, voire la décision d'ouverture de la procédure.

---

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

Titre de formation (dénomination)

*Le cas échéant:*

Reconnaissance/équivalence du titre de formation étranger délivrée le

Pour les professions de **chiropraticien** et de **médecin** (indiquer tous les titres postgrades)

Titre postgrade 1 (dénomination)

Titre postgrade 2 (dénomination)

*Le cas échéant:*

Reconnaissance/équivalence du titre postgrade 1 délivrée le

Reconnaissance/équivalence du titre postgrade 2 délivrée le

---

### Remarques ou informations supplémentaires

Le requérant ou la requérante déclare 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 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, la cessation et la reprise de son activité ainsi que le départ du canton.

**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 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, en particulier toute information permettant d'établir que le requérant ou la requérante est digne de confiance.**

Lieu, Date

Signature