

Département de la santé, des affaires sociales et de la culture

Service de la santé publique

Avenue de la Gare 23

CP 670, 1951 Sion

DEMANDE D’AUTORISATION DE PRATIQUER UNE PROFESSION DE LA SANTÉ

Profession

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Données personnelles

Nom Sexe F M

Prénom/s Date de naissance

Nom/s antérieur/s

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, No

NPA, localité Pays

Tél. privé Mobile

Email privé

Future adresse professionnelle **Autre adresse professionnelle (cas échéant)**

Nom de l’établissement/cabinet

Rue, No

NPA, localité

Tél. prof.

Email prof.

Statut économique

 Indépendant-e Etes-vous salarié de votre propre société ⭘ oui ⭘ non

Inscrit au Registre du Commerce ⭘ oui ⭘ non

 *Nom de la raison sociale*

 *N° IDE*

 *Type de la raison sociale* *SA* *Sàrl* *Société simple Autre*

 Nombre de demi-journée/semaine Date prévue de début d’activité

**

Salarié-e

** Fonction au sein de l’établissement

 Nombre de demi-journée/semaine Date prévue de début d’activité



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

 Oui (admission personnelle) Oui (admission par le biais de l’employeur) Non

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse pour correspondance et facturation

 Adresse privée Future adresse professionnelle Si différente de ces adresses:

Rue, No

NPA, localité Pays

Activité professionnelle antérieure

Êtes-vous déjà au bénéfice d’une autorisation de pratiquer en Suisse? Oui Non

Si oui, dans quels cantons?

Avez-vous déjà 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, 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

Si oui, veuillez nous informer, documents à l’appui, de l’état de la procédure.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Titre de formation (dénomination)

*Les cas échéant:*

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 refusée, voire 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 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, 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