

NOUVELLE-CALEDONIE

-----

**GOUVERNEMENT**

-----

**Direction des Affaires Sanitaires et Sociales**

-----

**Inspection de la santé**

-----

5, rue Galliéni

B.P. N4 - 98851 Nouméa Cedex

-----

☎ (687) 24.37.00 - 24.37.04 - Fax (687) 24.37.16

e-mail : [dass@gouv.nc](mailto:dass@gouv.nc)

-----

Nouméa, le

Madame, Monsieur,

Il est créé à la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASS-NC) un traitement automatisé d'informations nominatives conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 *relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*, dans sa version applicable en Nouvelle-Calédonie. Ce traitement a pour finalité d'établir la liste des professionnels autorisés à exercer dans le domaine de la santé en Nouvelle-Calédonie, dans les secteurs public et privé.

Toutes les personnes figurant à ce fichier des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales ont un droit d'accès et de rectification pour les données qui les concernent, auprès de nos services.

Je vous remercie du soin que vous prendrez à compléter ce document et vous demande de bien vouloir m'informer de toute modification ultérieure portant sur les informations que vous me communiquez.

**Le médecin inspecteur de santé publique****PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES**

- Aide-soignant,
- Audioprothésiste,
- Chiropracteur,
- Chirurgien-dentiste,
- Diététicien,
- Infirmier, infirmier de secteur psychiatrique,
- Masseur-kinésithérapeute,
- Manipulateur d'électro-radiologie médicale,
- Médecin,
- Opticien-lunetier,
- Orthophoniste,
- Orthoptiste,
- Ostéopathe
- Pédicure,
- Pharmacien,
- Sage-femme.

Ces deux pages contiennent des rubriques que vous devez obligatoirement remplir, elles sont signalées par une trame. Les autres informations, facultatives, sont demandées dans le but d'élaborer des statistiques plus précises sur votre profession.

<b>ETAT CIVIL</b>	votre nom d'exercice <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Melle	<input type="text"/>
	vos prénoms	<input type="text"/>
	votre nom de jeune fille	<input type="text"/>
	votre nom d'épouse	<input type="text"/>
	votre nationalité	<input type="text"/>
	votre date de naissance <input type="text"/> jour <input type="text"/> mois <input type="text"/> année	lieu <input type="text"/>
	votre domicile en Nouvelle-Calédonie nom d'immeuble ou de résidence <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> n° de voie <input type="text"/> type de voie <input type="text"/> nom de voie	<input type="text"/> nom de voie
	<input type="text"/> code postal <input type="text"/> ville ou commune <input type="text"/> téléphone	<input type="text"/> @ <input type="text"/> adresse mail
	<input type="text"/> Fax	
<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	profession médicale <input type="checkbox"/> pharmacien <input type="checkbox"/> profession paramédicale <input type="checkbox"/>	
	date d'obtention du diplôme <input type="text"/>	première année d'exercice <input type="text"/>
	nature du diplôme <input type="text"/>	lieu d'obtention <input type="text"/>
	si vous exercez plusieurs activités, veuillez en indiquer le nombre <input type="text"/>	
	date d'inscription à la section locale de l'ordre le cas échéant <input type="text"/>	numéro d'inscription <input type="text"/>
<b>SPECIALISATIONS OU QUALIFICATIONS</b>	qualification ordinaire <input type="checkbox"/> formation universitaire <input type="checkbox"/> concours ou recrutement <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	
	année <input type="text"/>	nature <input type="checkbox"/> spécialisation <input type="text"/>
	année <input type="text"/>	nature <input type="checkbox"/> spécialisation <input type="text"/>
	année <input type="text"/>	nature <input type="checkbox"/> spécialisation <input type="text"/>
	année <input type="text"/>	nature <input type="checkbox"/> spécialisation <input type="text"/>
	disciplines particulières	<input type="text"/>
	autre profession	<input type="text"/>

**ACTIVITES PROFESSIONNELLES EXERCEES EN NOUVELLE CALEDONIE**

<b>ACTIVITES PRINCIPALE (3)</b>	date d'installation ou de prise de fonctions en Nouvelle-Calédonie	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		jour	mois	année
	spécialisation exercée	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #e0e0e0;" type="text"/>		
	mode d'exercice :	libéral <input type="checkbox"/>	salié <input type="checkbox"/>	précisez : temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> vacataire <input type="checkbox"/>
	remplacement	<input type="checkbox"/> C.D.D. <input type="checkbox"/>	durée <input style="width: 60%; height: 15px; background-color: #e0e0e0;" type="text"/>	C.D.I. <input type="checkbox"/>
	si association nombre de membres	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	raison sociale - employeur ou professionnel libéral	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #e0e0e0;" type="text"/>		
	adresse	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #e0e0e0;" type="text"/>		
		nom d'immeuble ou de résidence		
		<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	n° de voie	type de voie	nom de voie	
	<input style="width: 100%; height: 20px; background-color: #e0e0e0;" type="text"/>			
	nom de voie			
	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	code postal	ville ou commune	téléphone	
	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 60%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	Fax	adresse mail @		
<b>ACTIVITES SECONDAIRE</b>	Activité secondaire dans le domaine du soin	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	date d'installation ou de prise de fonctions en Nouvelle-Calédonie	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		jour	mois	année
	spécialisation exercée	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	mode d'exercice :	libéral <input type="checkbox"/>	salié <input type="checkbox"/>	précisez : temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> vacataire <input type="checkbox"/>
	remplacement :	<input type="checkbox"/> C.D.D. <input type="checkbox"/>	durée <input style="width: 60%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	C.D.I. <input type="checkbox"/>
	si association nombre de membres	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	raison sociale - employeur ou professionnel libéral	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	adresse	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
		nom d'immeuble ou de résidence		
	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	n° de voie	type de voie	nom de voie	
	<input style="width: 100%; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>			
	nom de voie			
	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
	code postal	ville ou commune	téléphone	
	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 60%; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
	Fax	adresse mail @		

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce documents

date : \_\_\_\_\_

<b>réserve D.A.S.S. N.C.</b>	Date d'enregistrement	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	N°	<input style="width: 30px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	signature :			