

NOUVELLE-CALEDONIE

GOUVERNEMENT

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

Inspection de la santé

Nouméa, le

7, avenue Paul Doumer
B.P. M2 - 98849 Nouméa Cedex

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

e-mail : dass@gouv.nc

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,
- Préparateur en pharmacie
- 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.

ETAT CIVIL	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 jour mois année lieu	<input type="text"/>
	votre domicile en Nouvelle-Calédonie nom d'immeuble ou de résidence n° de voie type de voie nom de voie	<input type="text"/>
	nom de voie code postal ville ou commune téléphone	<input type="text"/>
	Fax adresse mail	<input type="text"/>
	SITUATION PROFESSIONNELLE	profession médicale <input type="checkbox"/> pharmacien <input type="checkbox"/> profession paramédicale <input type="checkbox"/>
date d'obtention du diplôme première année d'exercice		<input type="text"/>
nature du diplôme 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 numéro d'inscription		<input type="text"/>
SPECIALISATIONS OU QUALIFICATIONS	qualification ordinaire <input type="checkbox"/> formation universitaire <input type="checkbox"/> concours ou recrutement <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>	
	année nature spécialisation	<input type="text"/>
	année nature spécialisation	<input type="text"/>
	année nature spécialisation	<input type="text"/>
	année nature spécialisation	<input type="text"/>
	disciplines particulières	<input type="text"/>
	autre profession	<input type="text"/>

ACTIVITES PROFESSIONNELLES EXERCEES EN NOUVELLE CALEDONIE

ACTIVITES PRINCIPALE (3)	date d'installation ou de prise de fonctions en Nouvelle-Calédonie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		jour	mois	année
	spécialisation exercée	<input 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 type="text"/>	C.D.I. <input type="checkbox"/>
	si association nombre de membres	<input type="text"/>		
	raison sociale - employeur ou professionnel libéral	<input type="text"/>		
	adresse	<input type="text"/>		
		nom d'immeuble ou de résidence		
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	n° de voie	type de voie	nom de voie	
	<input type="text"/>			
	nom de voie			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	code postal	ville ou commune	téléphone	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Fax	adresse mail @		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
ACTIVITES SECONDAIRE	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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		jour	mois	année
	spécialisation exercée	<input 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 type="text"/>	C.D.I. <input type="checkbox"/>
	si association nombre de membres	<input type="text"/>		
	raison sociale - employeur ou professionnel libéral	<input type="text"/>		
	adresse	<input type="text"/>		
		nom d'immeuble ou de résidence		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	n° de voie	type de voie	nom de voie	
	<input type="text"/>			
	nom de voie			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	code postal	ville ou commune	téléphone	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Fax	adresse mail @		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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

date : _____

réserve D.A.S.S. N.C.	Date d'enregistrement <input type="text"/>	N° <input type="text"/>
--------------------------------------	--	-------------------------

signature :