

# DEMANDE D'AUTORISATION DE PRATIQUE

---

## 1. Profession

## 2. Nom

## Prénom(s)

Date de naissance

Nationalité (pour les Suisses: origine)

Nom de célibataire

Sexe

F

M

### • Adresse privée

Rue, No

NPA, localité

Tél. privé

portable

fax

E-mail privé

### • Future adresse professionnelle dans le canton où la demande est déposée - Nom de l'établissement (le cas échéant)

Adresse complète

Tél. prof.

fax Portable prof

fax prof

E-mail prof.

### • Adresse pour correspondance

Adresse privée

Future adresse professionnelle

### Si différente de l'adresse privée ou de la future adresse professionnelle

Nom du cabinet

Rue, No

NPA/localité

## 3. Date prévue du début de l'activité

## 4. Taux d'activité prévu

%

## 5. Avez-vous déjà été autorisé(e) à pratiquer cette profession à titre indépendant en Suisse ?

Oui

Non

Si oui, dans quel canton

En date du

## 6. Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'une procédure pénale ou administrative pour des faits incompatibles avec l'exercice de votre profession ?

Oui

Non

## 7. Diplôme(s) / Certificat(s)

délivré(s) par l'autorité (institution(s))

en date du

### • Spécialisation(s) / Titre(s)

délivré(s) par l'autorité (institution(s))

en date du

**• Equivalence pour les diplômes et certificats étrangers**

Demandés à l'autorité en date du délivrée le

**• Spécialisation(s) / Titre(s)**

Demandés à l'autorité en date du délivrée le

**• Nombre de mois de pratique professionnelle acquise après l'obtention du(des) diplômes(s) / certificat(s)**

Taux d'activité %

**8. Remarques ou informations supplémentaires**

**Le requérant ou la requérante s'engage avoir fourni des informations complètes et véridiques.**

**L'autorité peut exiger du requérant ou de la requérante tout autre renseignement ou justificatif utile pour l'octroi de l'autorisation (voir page 3).**

**Le requérant ou la requérante autorise à se renseigner à son sujet auprès des institutions ayant délivré ses diplômes et ses titres ou leur équivalent, ainsi qu'auprès de ses employeurs et des autorités sanitaires.**

**Le requérant ou la requérante est tenu(e) de signaler à l'autorité toute modification significative de sa situation professionnelle ou personnelle en relation avec son droit de pratique, en particulier les changements d'adresses, la cessation et la reprise de son activité ainsi que son départ du canton. Le non-respect de cette obligation entraîne des sanctions de la part des autorités compétentes.**

Lieu et date

Signature

**DOCUMENTS À ANNEXER À LA DEMANDE**

**Si vous n'êtes pas déjà titulaire d'une autorisation de pratique à titre indépendant**

Curriculum vitae

Original ou copie certifiée conforme du(des) diplôme(s) ou certificat(s)

Pour les diplômes et certificats étrangers, l'original ou une copie certifiée conforme de la reconnaissance d'équivalence ou, si cette dernière n'a pas encore été accordée, copie de l'accusé de réception de la demande de reconnaissance Extrait récent du casier judiciaire central (original)

Attestation(s) de travail prouvant la pratique professionnelle acquise auprès l'obtention du diplôme ou certificat

Certificat médical attestant de l'aptitude à exercer la profession

Attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle ou

Déclaration de l'établissement dans lequel vous travaillez attestant que vous êtes couvert(e) par son assurance de responsabilité civile professionnelle

Copie d'une pièce d'identité avec photo visible

Copie du permis de séjour

Adresses des différents lieux d'activité prévus dans le canton où la demande est déposée (le cas échéant)

**Si vous êtes déjà titulaire d'une autorisation de pratique à titre indépendant**

Copie de cette autorisation

Copie du(des) diplôme(s) et certificat(s)

Curriculum vitae