

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS
PRIVES ET DES PROFESSIONS SANITAIRES

**INSCRIPTION AU REGISTRE ET DANS LA BASE DE DONNEES DES PROFESSIONNELS
DE SANTE DE COTE D'IVOIRE**

FICHE INDIVIDUELLE D'IDENTIFICATION

Date d'inscription /..... /.....

N° d'inscription

I. COCHEZ VOTRE PROFESSION

Infirmier/Infirmière

Technicien Préparateur en Pharmacie

Opticien

Masseur-Kinésithérapeute

Ingénieur préparateur en pharmacie

Technicien Biomédical

Ingénieur Biomédical

Technicien Génie Sanitaire

Ingénieur Génie Sanitaire

Technicien Biologie Médicale

Ingénieur Biologie Médicale

Technicien Imagerie Médicale

Ingénieur Imagerie Médicale

Ingénieur préparateur en pharmacie

Technicien en Hygiène et Assainissement

Ingénieur en hygiène et assainissement

Diététicien-nutritionniste

Ergothérapeute Orthoptiste

Orthophoniste

Ostéopathe Podo-orthésiste

Audioprothésiste

Eutoprotésiste PAO

Pédicure-podologue

Physiothérapeute Psychomotricien

Prothésiste dentaire

Assistant-dentaire Auxiliaire en pharmacie

Pédicure Manucure

Podologue Agent d'hygiène

Aide-soignant ou auxiliaire de santé Hypnothérapeute

Secrétaire médical (e)

Ambulancier

Secouriste

Autres (à préciser) :.....

II. ETAT CIVIL

1. Civilité : Mme M. Mlle
2. Nom et Prénoms*
3. Nom de jeune fille :
4. Date de naissance / / Lieu de naissance :
5. Nationalité : ivoirienne Autres (précisez)
6. Nature et numéro de la pièce d'identité :
7. Situation matrimoniale : Célibataire Marié Divorcé veuf (ve)

*A remplir tel que mentionné sur la pièce d'identité

III. ADRESSE

1. Lieu de résidence (ville, commune, quartier, rue)
2. Adresse Postale
3. Contacts téléphoniques :
 - Fixe:
 - Bureau.....
 - Domicile.....
 - Téléphone portable :

IV. INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

1. Dénomination du diplôme :
2. Date d'obtention du diplôme : / /
3. Nom de l'Ecole de formation :
4. Lieu d'obtention du diplôme : Côte d'Ivoire
Autres (précisez)
5. Date du premier emploi : / /
6. Situation professionnelle :
A : Libéral B : Salarié fonctionnaire C : Salarié privé
D : Sans emploi E : Inactif F : Retraité

7. Lieu d'exercice :

Région sanitaire de : District sanitaire de :

V. **ORGANISATION PROFESSIONNELLE**

Appartenez-vous à une organisation professionnelle ?

OUI NON

Si oui précisez :

Structure : Etablissement de soins Administration
Etablissement de formation Etablissement Paramédical

Précisez le nom de la structure :

Situation géographique de l'établissement.

Le niveau de classification de l'établissement.....

3. Diplômes de spécialité : (précisez)

Intitulé du diplôme	Lieu d'obtention (ville, école)	Date d'obtention

J'atteste que toutes les informations fournies sont sincères.

Ale..... /...../.....

Signature de l'intéressé (e)

Toute modification apportée à la situation déclarée doit être signalée.