



DÉCLARATION DE PRESTATION DE SERVICES PROFESSIONNEL DE SANTE

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Lieu de naissance :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse domicile :

N° :

Code postal :

Localité :

Pays :

Tél. privé :

Fax privé :

Adresse professionnelle :

N° :

Code postal :

Localité :

Date d'établissement :

Tél. professionnel :

Fax professionnel :

GSM :

E-mail :

Adresse pour courrier :

domicile

professionnelle

OBJET

1^{ère} déclaration de prestation de services

Renouvellement

Professionnel de santé

aide-soignant

assistant social

ATM de laboratoire

diététicien

infirmier

infirmier en pédiatrie

infirmier psychiatrique

masseur

orthophoniste

ostéopathe

podologue

sage-femme

assistant d'hygiène sociale

ATM de chirurgie

ATM de radiologie

ergothérapeute

infirmier en anesthésie et réanimation

infirmier gradué

laborantin

masseur-kinésithérapeute

orthoptiste

pédagogue curatif

rééducateur en psychomotricité

1 - ÉTUDES

ÉTUDES PRIMAIRES, SECONDAIRES

Nom de l'établissement	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

ÉTUDES SUPÉRIEURES

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

2 - FORMATION CONTINUE

3 - EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Indiquez avec précision votre exercice professionnel antérieur

4 - ÉTABLISSEMENT LÉGAL DANS UN OU PLUSIEURS ETATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE

Êtes-vous légalement établi(e) dans un autre Etat membre de l'Union européenne pour exercer la profession de professionnel de santé ?

Oui Non

Si Oui,

Indiquez la profession exercée¹ dans l'Etat membre où vous êtes établi(e) :²

¹ Veuillez indiquer l'intitulé de la profession dans la langue de l'Etat membre où vous êtes établi(e), ainsi que dans la langue de l'Etat membre d'accueil ou, subsidiairement, en anglais, français ou allemand.

² Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?³

Oui Non

Si Oui,

Indiquez lequel, les coordonnées correspondantes et votre numéro de registre.

.....
.....
.....

Disposez-vous d'une couverture d'assurance ou d'autres moyens de protection personnelle ou collective concernant la responsabilité professionnelle découlant de l'exercice de votre profession⁴?

Oui Non

Commentaires éventuels :

.....
.....
.....

5 - CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Indiquez votre niveau de connaissance de la manière suivante :

0 = pas de notions	1 = élémentaire, scolaire	2 = connaissance pratique suffisante
3 = approfondie	4 = excellente	

Langue maternelle	
-------------------	--

Langue	Expression orale	Expression écrite	Lecture	Compréhension
luxembourgeoise				
française				
allemande				
Autre(s)				

³ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

⁴ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

6 - HONORABILITE PROFESSIONNELLE

Est-ce que vous faites l'objet d'une suspension ou d'une interdiction d'exercice de la profession en raison d'une faute professionnelle ou d'une infraction pénale ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

Est-ce qu'une instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction disciplinaire ou pénale, est en cours à votre rencontre ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

7 - PRESTATIONS DE SERVICES

1^{ère} Déclaration Renouvellement

En cas de renouvellement, indiquez les périodes pendant lesquelles vous avez presté des services:

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Commentaires éventuels:

8 - AUTRES OBSERVATIONS

Par la présente j'affirme sur l'honneur que les informations fournies sont sincères, véritables et complètes.

(Lieu)

le _____
(Date)

(Signature)

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A JOINDRE LORS DE LA PREMIERE DECLARATION DE PRESTATION DE SERVICES

1. une copie d'une pièce d'identité et, le cas échéant, un document attestant le bénéfice des dispositions de l'article 9 de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ;
2. une attestation certifiant que le professionnel de santé est légalement établi dans cet Etat pour y exercer ses activités professionnelles et qu'il n'encourt, lorsque l'attestation est délivrée, aucune interdiction même temporaire d'exercer ;
3. une copie du diplôme, certificat ou autre titre requis pour la prestation de services en cause reconnu conformément aux dispositions de la loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles ;
4. copie de la couverture d'assurance concernant la responsabilité professionnelle découlant de l'exercice de la profession ;
5. tous éléments de nature à établir que le demandeur possède les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de sa profession.

En cas de renouvellement de la prestation de services et lorsque cette dernière remonte à plus de douze mois, le document visé au point (2.) doit être produit sur demande du ministre et ne peut dater de plus de trois mois lors de sa production.

LA DECLARATION DE PRESTATION DE SERVICES EST A ENVOYER A L'ADRESSE

**Ministère de la Santé
Service des professions de santé
1, rue Charles Darwin
L-1433 Luxembourg**