



## DEMANDE DE RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES AFFERENTES AUX PROFESSIONS EN RADIOPROTECTION

**Cochez la profession pour laquelle vous voulez obtenir une reconnaissance (un seul choix possible) :**

expert en radioprotection

expert en physique médicale

**Coordonnées personnelles:**

Nom:  Prénom:

Date de naissance:    Lieu de naissance:

Pays de naissance:

Nationalité:

**Adresse:**

Numéro, rue:

Code postal:  Localité:

Pays:

Tél.privé:  Adresse e-mail:

**A - Études:**

Dénomination exacte du titre de formation pour lequel vous demandez la reconnaissance<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> Indiquez la dénomination du titre de formation dans la langue originale & une traduction soit en anglais, français, allemand ou luxembourgeois, si la langue originale est autre.

**Études secondaires**

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

**Études supérieures**

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

**Formations complémentaires**

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

**B – Expérience professionnelle**

---

Indiquez votre exercice professionnel antérieur, si existant :

**C – Établissement légal ou reconnaissance des qualifications professionnelles dans un ou plusieurs Etats membres de l'Union Européenne**

---

Votre qualification professionnelle a-t-elle été reconnue dans un autre Etat membre de l'Union européenne pour exercer votre profession ? oui      non

Si oui, indiquez la profession en vue de laquelle votre qualification a été reconnue, ainsi que l'Etat membre de reconnaissance<sup>2</sup>:

<sup>2</sup> Veuillez indiquer l'intitulé de la profession dans la langue de l'Etat membre de reconnaissance & une traduction soit en anglais, français, allemand ou luxembourgeois, si la langue originale est autre.

Êtes-vous légalement établi(e) dans un autre Etat membre de l'Union européenne pour exercer votre profession ? oui      non

Si oui, Indiquez la profession exercée<sup>3</sup> dans l'Etat membre où vous êtes établi(e)<sup>4</sup>:

<sup>3</sup> Veuillez indiquer l'intitulé de la profession dans la langue de l'Etat membre où vous êtes établi(e), subsidiairement, en anglais, français, allemand ou luxembourgeois.

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

**D – Autres observations**

---

**Clause protection des données**

Veillez noter que vos données à caractère personnel sont traitées par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche conformément à la législation applicable en matière de protection des données et tel qu'il est détaillé dans la politique de confidentialité du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. La politique de confidentialité du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche est accessible sous:

<http://www.mesr.public.lu/functions/gdpr/index.html>.

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

Lieu  date

\_\_\_\_\_  
signature

**Pièces à joindre au présent formulaire en format pdf, jpg ou png:**

---

- Preuve de la nationalité :
  - Pour les ressortissants UE/EEE/CH : copie de la carte d'identité ou du passeport
  - Pour les ressortissants pays tiers : copie de la carte d'identité ou du passeport & un document attestant le bénéfice des dispositions des points i) à iii) de l'article 3, point q) de la loi du 28 octobre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, établi par le Ministère de l'Immigration luxembourgeois
- Copie des titres de formations visés sous le point A (Diplôme, titre de formation, certificat, attestation, supplément au diplôme, etc)
- Documents officiels justifiant l'expérience professionnelle visée au point B (copies du contrat de travail, attestation par l'employeur, etc)
- Documents officiels justifiant les éléments visés au point C (copie de l'autorisation d'exercer, décision d'équivalence, document certifiant l'affiliation à un ordre professionnel, etc)
- Le cas échéant toute pièce utile
- Preuve de paiement de la taxe de reconnaissance de 75 euros<sup>9</sup> (avis de débit)

Les documents visés sous 2-5 doivent être rédigés dans la langue originale & une traduction soit en anglais, français, allemand ou luxembourgeois si la langue originale est autre.

**Le formulaire est à envoyer ensemble avec les pièces jointes par courrier à l'adresse :**

**Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche**  
**«commission ad hoc – profession en radioprotection»**  
**18-20, montée de la Pétrusse**  
**L-2327 LUXEMBOURG**

<sup>9</sup> La taxe est à payer par virement sur le Compte Chèque Postal :

**IBAN LU13 1111 0011 4679 0000**

**BIC CCPLULL**

**Nom du bénéficiaire :** Administration de l'Enregistrement et des Domaines

**Communication :** Taxe reconnaissance des diplômes, MESR, Nom du demandeur, Date de la demande