

Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Administration générale de l'enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement tout au long de la vie et de
la Recherche scientifique (DGESVR)

Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé

Rue Adolphe Lavallée, 1 - 1080 Bruxelles

agreementsante@cfwb.be

**Formulaire de demande - Attestation de conformité à la Directive Européenne
2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles**

Profession : Infirmier et/ou infirmier spécialisé

Nom, prénom :	Date de naissance et lieu de naissance :
Adresse de correspondance (obligatoire) : Rue, n° :	Téléphone :
Code postal : Localité :	Email :
Pays de destination pour le(s)quel(s) le/la demandeur·euse introduit la demande :	
Date et signature :	

1. Je demande une attestation de conformité pour mon titre de :
 - infirmier ;
 - infirmier spécialisé en :
 - titre professionnel particulier en :
 - anesthésie ;
 - assistance opératoire et instrumentation ;
 - gériatrie ;
 - imagerie médicale ;
 - oncologie ;
 - pédiatrie Néonatalogie ;
 - santé mentale et psychiatrie ;
 - santé publique ;
 - soins intensifs et soins d'urgences ;
 - soins péri-opératoires.
2. Je souhaite recevoir mon attestation de conformité :
 - anglais ;
 - français.
3. Je joins au présent formulaire les documents suivants :
 - une copie de votre pièce d'identité ;
 - une copie de votre diplôme ou attestation provisoire de réussite d'infirmier·ière gradué·e, de Bachelier en soins infirmiers ou d'infirmier·ière breveté·e. Sur ce document doit figurer la date de l'obtention du diplôme ou de l'attestation de réussite.
 - **si** je suis détenteur d'un titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé pour une des qualifications ou un des titres précités, je dois obligatoirement envoyer une copie de votre diplôme/certificat d'infirmier spécialisé. Sur ce document doit figurer la date de l'obtention du diplôme.

Le délai de traitement d'une demande d'attestation de conformité est de maximum 30 jours ouvrables.

Le présent formulaire et les pièces justificatives sont à envoyer par voie postale à l'adresse suivante :

Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles
AGE - DGESVR
Direction de l'Agrément des Prestataires de Soins de Santé
Cellule 'Professions des Soins de Santé non-universitaires et Professions de Soins de Santé mentale'
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles
Bâtiment « Les Ateliers » - 5^è étage - Bureau 5F511

Pour plus de rapidité dans le traitement de ma demande, je l'envoie par courriel à l'adresse suivante : agreementsante@cfwb.be.