

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire
et de la Recherche scientifique (DGENORS)
Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé
Cellule professions des soins de santé universitaire
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles
Centre de Contact : 02/690.89.40 – agreementsante@cfwb.be

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE

**TITRE PROFESSIONNEL : MEDECIN
SYSTEME AUTOMATIQUE**

Nom (de naissance), prénom:		Date de naissance: Sexe : M F
adresse de correspondance: Rue, n°: Localité: Code postal		Téléphone: Email:
Nationalité actuelle:	Pays qui a émis le diplôme:	Date du Diplôme :
Pays dans le(s)quel(s) l'appliquant est actuellement autorisé à exercer:		
Date et signature		

Documents requis :

1. Lettre de motivation et mentionnant clairement votre adresse de correspondance.
 2. Copie certifiée conforme du diplôme ou de l'attestation provisoire de réussite, accompagnée d'un certificat délivré par l'autorité compétente, attestant que le diplôme est conforme à l'article 23, 24 de la Directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.
 3. Copie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.
 4. Un extrait du casier judiciaire ou une attestation de bonne vie et mœurs délivré par l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine ou de dernière résidence. Ce certificat doit avoir moins de trois mois et être présenté en original.
 5. Un certificat original de l'autorité disciplinaire certifiant que vous n'avez pas encouru de sanctions disciplinaires dans le cadre de votre exercice professionnel. Ce certificat doit avoir moins de trois mois et être présenté en original.
- Dans le cas où il n'existe pas d'ordre professionnel, une attestation de bonne conduite sur l'honneur rédigée et signée par le demandeur.

ATTENTION :

Les documents originaux fournis dans le cadre de cette demande ne seront pas restitués. Par conséquent, veuillez envoyer des copies conformes des originaux sauf lorsqu'il est explicitement mentionné que l'original doit être présenté.

Si nécessaire, nous nous réservons le droit de vous demander des documents et informations supplémentaires.

Les documents, qui ne sont pas établis en français devront être accompagnés de leur traduction jurée originale.

Le présent formulaire et les pièces justificatives sont à renvoyer à l'adresse suivante :

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire
et de la Recherche scientifique (DGENORS)
Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé
Cellule des professions des soins de santé universitaire
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles
Bâtiment « Les Ateliers » - 5^è étage - Bureau 5F503