

DEMANDE D'APPLICATION DE L'ARRANGEMENT POUR LA RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES CANDIDATS DE LA FRANCE

VEUILLEZ TÉLÉCHARGER CE FORMULAIRE AFIN DE LE REMPLIR SUR VOTRE ORDINATEUR OU PORTABLE ET DE NOUS
LE TRANSMETTRE PAR LA POSTE OU BIEN PAR COURRIEL ACCOMPAGNÉ DES AUTRES DOCUMENTS

DEMANDE DE RECONNAISSANCE

DISCIPLINE DANS LAQUELLE VOUS DEMANDEZ L'ÉQUIVALENCE :

☐ Radiodiagnostic
 ☐ Radio-oncologie
 ☐ Médecine nucléaire

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

SEXE : ☐ F ☐ M

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE

N° : RUE : APP. :

VILLE :

PAYS : CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE :

COURRIEL :

PROGRAMME DE FORMATION

TITRE DU DIPLÔME :

☐

Diplôme d'état de manipulateur d'électroradiologie médicale

☐

Diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et en radiologie thérapeutique (DTS)

ANNÉE D'OBTENTION DU
DIPLÔME :

EXPÉRIENCE DE TRAVAIL (12 dernier mois)

NOM DE L'EMPLOYEUR (1)

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE :

NOM DU SUPÉRIEUR :

TITRE DE L'EMPLOI :

DATE D'EMBAUCHE :

NOM DE L'EMPLOYEUR (2) S'il y a
lieu

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

TÉLÉPHONE :

NOM DU SUPÉRIEUR :

TITRE DE L'EMPLOI :

DATE D'EMBAUCHE :

TOTAL DU NOMBRE D'HEURES
TRAVAILLÉES

☐ Visa ☐ Master Card

Numéro	Date d'expiration	Code de sécurité
--------	-------------------	------------------

[illegible]

Signature du détenteur

COMMENTAIRES

Je soussigné(e), _____, atteste que tous les renseignements indiqués sur ce formulaire sont exacts et complets.

Signature :

IMPORTANT

TOUS LES ITEMS SUIVANTS DOIVENT ÊTRE JOINTS À VOTRE DEMANDE, AFIN QUE NOUS PUISSIONS PROCÉDER À L'ÉTUDE DE VOTRE DOSSIER.

- ☐ Une copie authentifiée conforme de votre diplôme;
- ☐ Une attestation d'emploi avec le sceau de l'établissement ou bien lettre signée par votre employeur et une description de votre expérience professionnelle, s'il y a lieu;
- ☐ Une copie de votre certificat de naissance ou de votre passeport;
- ☐ Une copie de votre document RPPS
- ☐ Une photo couleur récente de petit format/type passeport.