



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

CANDIDATS DE LA FRANCE

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 : TÉLÉPHONE – TRAVAIL :

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

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 et une description de votre expérience professionnelle, le cas échéant;
- Une copie de votre certificat de naissance ou de votre passeport;
- Une copie de votre document ADELI
- Votre photo récente de type passeport.