



Rempli par le SEFRI:

N° de dossier:

Date d'entrée au SEFRI:

Obtention a posteriori du titre d'une haute école spécialisée

- «infirmière / infirmier»
- «soins infirmiers, niveau II»
- «infirmière / infirmier en soins généraux»
- «infirmière / infirmier en psychiatrie»
- «infirmière / infirmier en hygiène maternelle et en pédiatrie»
- «infirmière / infirmier en soins communautaires»
- «infirmière / infirmier en soins intégrés»

Veuillez remplir toutes les rubriques du formulaire (ordinateur, machine à écrire ou à la main en caractères d'imprimerie).

Prière de dater et de signer le formulaire.

Madame Monsieur

NOM

Prénom

Rue / N°

Téléphone prof.

Case postale

Portable

NPA / lieu

Courriel

Date de naissance

Lieu / pays
d'origine

Date

Signature

La **décision** est le document exécutoire. Vous pouvez demander **en plus** un supplément au diplôme et/ou un diplôme (veuillez cocher).

- A) **Décision** A payer au moment de la demande: Fr. 150.-
- B) Je souhaite **également** un **supplément au diplôme** A payer au moment de la demande:+ Fr. 25.-
- B) Je souhaite **également** un **diplôme** A payer au moment de la demande:+ Fr. 25.-

Documents à remettre obligatoirement avec la demande

Remarque: le **SEFRI** **décline toute responsabilité** en cas de dommage ou de perte de **documents originaux**.

1. Original ou **copie certifiée conforme** du **diplôme**
2. Original ou **copie certifiée conforme** de **l'attestation d'une formation complémentaire** ou d'un **diplôme complémentaire** (cf. lettre b de la notice)
3. Originaux ou **copies certifiées conformes** des **certificats de travail** avec indication des **tâches** et des **taux d'occupation**
4. Original ou **copie certifiée conforme** de **l'attestation du cours postgrade de niveau universitaire** (uniquement pour les personnes ayant suivi une des formations complémentaires mentionnées aux chiffres 4 à 15, cf. lettre b de la notice)
5. Copie d'un passeport ou d'une carte d'identité en cours de validité
6. Copie du **justificatif de paiement** de l'émolument

1. FORMATION PROFESSIONNELLE

Nom de l'institution de formation (école)	
Filière	
Diplôme / titre	
Date d'obtention	

2. FORMATION COMPLÉMENTAIRE OU DIPLOME COMPLÉMENTAIRE SELON LETTRE B DE LA NOTICE

Chiffre selon lettre b de la notice	
Diplôme / titre	
Nom de l'institution de formation (école)	

3. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DEPUIS LE 1^{ER} JUIN 2001

Employeur, lieu	Fonction / taux d'occupation	Durée d'engagement (p. ex. 01.11.02-30.09.05)
a)		
b)		
c)		

4. COURS POSTGRADE DE NIVEAU UNIVERSITAIRE DANS LE DOMAINE D'ÉTUDES SANTÉ (UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES AYANT SUIVI UNE DES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES MENTIONNÉES AUX CHIFFRES 4 À 15, CF. LETTRE B DE LA NOTICE)

Institution, haute école	
Diplôme / titre	
Durée	

L'attestation doit faire état d'un minimum de **200 leçons** ou de **10 crédits ECTS**.

Veillez faire parvenir le dossier complet à l'adresse suivante:

Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI
Unité Procédures de recours et questions juridiques / **OPT-HES**
Einsteinstrasse 2
3003 Berne

L'émolument peut également être versé par voie électronique:

Compte postal: 30-510588-2 (mention: NTE G)
IBAN: CH11 0900 0000 3051 0588 2