



V2023 Nom

Prénom

DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES

Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités

Important

Avant de faire une demande d'équivalence de diplôme et donc de commencer à remplir le dossier ci-après, merci de lire attentivement le texte ci-dessous.

En application des dispositions du décret n° 2007-196 du 13 février 2007, la commission d'équivalence de diplômes (CED) procède à une comparaison des titres ou diplômes présentés, et éventuellement du contenu de l'expérience professionnelle, au regard du référentiel du diplôme requis pour l'accès au concours.

Pour saisir la CED, vous devez donc obligatoirement posséder le diplôme réglementairement requis pour l'accès aux cadres d'emplois des puéricultrices, infirmiers et techniciens paramédicaux territoriaux (tel que figurant dans les décrets n° 92-857, n° 2003-676 et n° 2013-262).

Mais vous devez également présenter un autre diplôme et/ou une expérience professionnelle qui seront quant à eux appréciés par la CED au regard du diplôme de cadre de santé, également requis pour l'accès au concours.

Attention ! La CED va vérifier que dans les enseignements que vous avez suivis pour l'obtention de cet autre diplôme, et/ou dans votre expérience professionnelle, vous avez acquis et mis en œuvre l'ensemble des compétences et connaissances délivrées lors de la formation pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, et plus particulièrement celles portant sur les fonctions d'encadrement et de formation.

IMPORTANT

Afin de s'assurer de la bonne réception de leur demande, les candidats doivent envoyer leur dossier et pièces justificatives au moyen de la plateforme de transfert gratuit de fichiers **GrosFichiers.com**. Cette plateforme garantit le respect du Règlement Général sur la Protection des Données 2016/679 (dit RGPD). **Tout dossier transmis au moyen d'une autre plateforme ou directement par courriel ne sera pas téléchargé.**

L'adresse de contact à renseigner pour que la plateforme puisse transmettre au secrétariat le lien de téléchargement est : equivalence.diplomes@cnfpt.fr.

Si vous ne pouvez pas transmettre un dossier dématérialisé, l'envoi par courrier reste possible, mais il pourra être traité dans un délai plus long. Vous trouverez l'adresse postale du secrétariat de la commission nationale d'équivalence de diplômes en bas de cette page.

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES****Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités**

Renseignements concernant votre identité et vos coordonnées

M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>		Nom de naissance :	
Nom d'usage ou d'époux(se) :		Prénom :	
Date de naissance :		Ville et département de naissance :	
Adresse personnelle :			
Code postal :		Ville :	
Tél. mobile/personnel :		Tél. professionnel :	
Courriel :			

Renseignements concernant votre demande d'équivalence

Si vous exercez dans le secteur public, veuillez renseigner les rubriques suivantes :

- Vous êtes :
Titulaire Stagiaire Non titulaire
Contrat aidé (CAE, CAV, Contrat d'apprentissage, PACTE, emploi-jeune)
- Vous exercez dans la fonction publique :
territoriale Etat hospitalière européenne autre
- Depuis quelle date ? :

Dans la négative, veuillez indiquer de quelle rubrique vous relevez :

- secteur privé étudiant sans emploi
autre (précisez) :
- Depuis quelle date ? :

Veillez également préciser la spécialité du concours que vous envisagez :

- Puéricultrice Technicien paramédical
 Infirmier

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES****Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités**

J'autorise le secrétariat de la commission à :

- utiliser mon adresse courriel pour communiquer avec moi, solliciter toute information concernant la présente demande ou m'adresser tout courrier relatif à ma demande ;
- transmettre mes données personnelles (numéro de téléphone, adresse de messagerie) à la société ClearBUS - Opérateur Postal Numérique (Certification CSPN - ANSSI) qui se chargera de l'envoi dématérialisé par voie électronique de la notification de décision rendue par la commission d'équivalence de diplômes.
- transmettre éventuellement aux organisateurs du concours des informations sur les étapes de l'instruction de ma demande et sur la décision prise par la commission.

J'atteste être informé(e) de ce que :

- je dois communiquer la décision de la commission à l'organisateur du concours ;
- la commission est déconnectée des dates des concours et que de ce fait, il m'appartient de déposer ma demande d'équivalence le plus tôt possible avant la période d'inscription au concours ;
- la commission se réserve la possibilité de vérifier l'exactitude de mes déclarations ;
- en cas de décision favorable de la commission, cette décision vaudra également pour toutes mes demandes ultérieures d'inscription au même concours que celui pour lesquels elle a été rendue ou à un concours pour lequel la même condition de qualification est requise, sous réserve que ne soit intervenue une modification législative ou réglementaire de nature à remettre en cause l'équivalence accordée ;
- en cas de décision défavorable de la commission, je ne pourrais présenter une nouvelle demande d'équivalence de diplôme dans le délai d'un an suivant la notification de cette décision négative ;
- aucun élément de mon dossier ne me sera restitué et je dois en conserver une copie avant envoi ;
- toute fausse déclaration de ma part entraînera l'application des articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

J'atteste que toutes les informations données dans le présent document et pièces qui l'accompagnent sont exactes.

Conformément au « RGPD » (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016) vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en adressant un message électronique à l'adresse equivalence.diplomes@cnfpt.fr.

Fait à _____ le _____
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

NB : Vous pourrez consulter le résultat des dossiers passés en commission sur le site internet du CNFPT : <http://www.cnfpt.fr/evoluer/commission-dequivalence-diplomes/presentation-commission/national>. Le n° de votre dossier est indiqué dans le courriel d'accusé réception qui vous aura été adressé par le secrétariat de la commission d'équivalence de diplôme lors de l'enregistrement de celui-ci. Seule la décision qui vous sera notifiée par courrier ou courriel aura une valeur juridique !

Il appartient à chaque candidat de vérifier régulièrement, à l'aide du numéro communiqué en référence dans l'accusé de réception envoyé par le secrétariat, que son dossier a été soumis en commission et a reçu un avis.

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'EQUIVALENCE DE DIPLOMES**

Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités

Pièces minimales à fournir avec le présent dossier**(Conservez une copie de votre dossier, ce dernier ne vous sera pas restitué)**

Cette liste n'est pas exhaustive et la commission peut demander toute autre pièce ou information qu'elle jugera utile au regard du dossier fourni.

Si vous rencontrez des difficultés à réunir l'ensemble de ces pièces, n'hésitez pas à contacter le secrétariat à l'adresse courriel suivante : equivalence.diplomes@cnfpt.fr.

Avez-vous fourni l'ensemble des pièces nécessaires à l'étude de votre demande ?

- UN CURRICULUM VITAE A JOUR**, partant de l'emploi le plus récent vers le plus ancien. (Pour les titulaires de diplômes d'enseignement supérieurs indiquez sur votre CV tous les diplômes obtenus).
- La copie de votre **PIECE D'IDENTITE**.
- La copie de **TOUS LES DIPLOMES** détenus (CAP, BEP, Baccalauréat,...).
- Les **RELEVES DE NOTES** de tous les diplômes.
- Le **CONTENU DES DIPLOMES** par unités d'enseignement (U.E).
- Intitulé, sommaire, introduction et conclusion des **MEMOIRES DE LICENCE et MASTER** (M1/maîtrise et master).
- Les attestations de stage et de formation continue (le cas échéant).
- La copie des justificatifs des expériences dont vous sollicitez la reconnaissance : **CONTRATS DE TRAVAIL, ARRÊTES ou CERTIFICATS DE TRAVAIL**.
- Une ou des **FICHES DE POSTES ATTESTEES et SIGNEES** par votre employeur, pour les expériences dont vous sollicitez la reconnaissance. **Ces documents doivent indiquer clairement la nature des missions confiées et leur durée ainsi que la description des activités.**
- FICHES D'ENTRETIENS D'EVALUATIONS** de votre structure/société.
- L'ORGANIGRAMME** de votre structure/société : **surlignez votre positionnement sur ces derniers.**

Pour les candidats titulaires de diplômes étrangers et/ou justifiant d'une expérience professionnelle réalisée à l'étranger : les diplômes, titres et attestations doivent avoir été délivrés par une autorité compétente, **Les documents, y compris ceux concernant l'expérience professionnelle doivent être présentés, le cas échéant, dans une traduction en français établie par un traducteur assermenté.**



V2023 Nom

Prénom

DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES

Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités

1. Votre parcours diplômant (titres/diplômes)

1.1 Parcours déjà réalisé (vous pouvez ajouter au tableau autant de lignes que nécessaires en le photocopiant)

N°	Dates de formation (du.....au.....)	Intitulé de la formation	Durée totale en heures	Nom et ville de l'organisme de formation	Attestation, certificat ou diplôme obtenu Année d'obtention	Niveau du diplôme*
Diplômes						
D1						
D2						
D3						
D4						
Autres formations suivies						
F1						
F2						
F3						

*inférieur au bac : niveau V, bac : niveau IV, bac+2 : niveau III, licence, maîtrise : niveau II, master 2 et plus : niveau I

1.2 Pensez-vous qu'il soit nécessaire que vous suiviez d'autres formations ? Non Oui Lesquelles ? Argumentez en quelques lignes

NB : Tout diplôme devra être produit sous peine de ne pas être pris en compte par la commission.



V2023 Nom

Prénom

DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION D'EQUIVALENCE DE DIPLOMES

Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités

2. Votre parcours professionnel

(Vous pouvez ajouter au tableau autant de lignes que nécessaire en le photocopiant)

Activités salariées – non salariées – bénévoles

N°	Période (du..... au.....)	Votre fonction	Temps plein ou % temps partiel	Nom et adresse de l'employeur	(1)	Activité principale de l'établissement
E1						
E3						
E4						
E5						
E6						

(1)

Si vous exercez dans le secteur public, précisez votre qualité : titulaire, stagiaire, non titulaire ou contrat aidé (de type CAE, CAV, Contrat d'apprentissage, PACTE, emploi-jeune)

Si vous exercez dans le secteur privé, précisez si vous êtes salarié(e) d'une grande entreprise, d'une PME, d'une association ou travailleur indépendant, profession libérale, artisan, commerçant, autre

Si vous n'êtes pas salarié(e), précisez si vous êtes sans emploi, étudiant, bénévole

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**

Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités

3. Le contenu des activités professionnelles exercées

*1 feuille d'activités par emploi***3.1. Décrivez les activités et les tâches que vous avez prises en charge dans les périodes déclarées en page 6 :**

Liste des activités	% du temps passé à ces activités	Tâches qui en découlent
TOTAL	100 %	

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'EQUIVALENCE DE DIPLOMES****Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités**

4. Vos connaissances, compétences et aptitudes, en lien avec le diplôme requis pour l'accès au concours

4.1 Compétence 1 : encadrement : organiser, animer et coordonner le travail d'équipe. Favoriser la motivation et encourager les projets professionnels. Anticiper les évolutions de son environnement immédiat plan technique, humain, juridique, économique. Programmer et coordonner les activités de sa filière professionnelle en fonction des objectifs et des ressources. Evaluer la qualité des prestations en relation avec les besoins des usagers.

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 6) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez la ou les technique(s) employées :

4.2 Compétence 2 : santé publique : Acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé. Etre capable de concevoir, élaborer, mettre en œuvre et évaluer des démarches et projets de santé publique. Appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 6) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :



DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES

Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités

4.3 Compétence 3 : analyse des pratiques et initiation à la recherche : appréhender la démarche professionnelle au travers de ses pratiques et savoirs. Appréhender les concepts de recherche et maîtriser les méthodologies et outils de la recherche. Être capable de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel. Être capable de conduire l'analyse d'une situation de travail à l'aide de cadres conceptuels préétablis. Être capable de conduire l'analyse critique d'une publication.

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 6) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :

4.4 Compétence 4 : formation : maîtriser les méthodes et les techniques pédagogiques. Identifier les besoins en formation des étudiants et du personnel, mettre en œuvre les actions de formation nécessaires. Participer à la formation des étudiants et du personnel. Organiser les conditions de réussite de la formation. Évaluer les résultats. Acquérir les outils de gestion financière et matérielle des actions de formation.

Vous avez acquis cette compétence par la formation

Nom du diplôme ou de la formation donnant cette compétence. Indiquez, si possible, le nom de l'unité d'enseignement concernée :

.....

Vous avez acquis cette compétence par l'expérience

N° de l'emploi (page 6) qui vous a permis de l'acquérir :

Décrivez en quelques lignes comment vous avez mis en œuvre cette compétence dans votre expérience et indiquez les publics concernés :



V2023 Nom

Prénom

**DOSSIER DE SAISINE DE LA COMMISSION
D'ÉQUIVALENCE DE DIPLOMES**

Cadre territorial de santé paramédical – Toutes spécialités

Etat horaire des services accomplis

A joindre obligatoirement au dossier de saisine de la commission d'équivalence de diplômes

Partie à compléter par l'employeur ou par la personne habilitée agissant par délégation

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Demeurant :

Qualité Grade Titulaire, stagiaire, non titulaire, contractuel...	Employeur Indiquer les nom et adresse	Service (ENM, CRD, CRR...)	Période		Durée des services			Récapitulatif	
			Temps plein ou partiel (préciser le %)	Du..... au.....	Ans	Mois	Jours	Horaires total travaillé pour la période indiquée	Récapitulatif Horaires total ANNUEL travaillé (même discipline)
		X							
TOTAL GENERAL									

* A remplir pour les seuls emplois qui ne sont pas à temps complet

Grade et échelon actuels de l'agent : Cachet de l'administration (obligatoire)	Nom et qualité	Ancienneté : Fait à le	Signature
--	----------------	---------------------------------	-----------