

# Election des membres des commissions professionnelles du Conseil supérieur de certaines professions de santé

## Candidature

Par la présente, je soussigné(e)

.....,

né(e) le ..... à .....,

matricule sociale .....

vous soumetts ma candidature pour un mandat à la commission professionnelle des

.....

Veillez trouver en annexe :

### **Exercice de la Profession :**

-  **Je suis salarié(e) :** Je joins un Certificat dûment établi par l'employeur attestant que le candidat a exercé effectivement au moins à mi-temps la profession concernée pendant 3 années durant les 5 dernières années qui précèdent les élections.

-  **Je suis indépendant(e) :** Je joins un Certificat dûment établi par la Caisse Nationale de Santé attestant que le candidat a exercé une ou des prestations relevant de sa profession pendant au moins 750 jours sur les 5 dernières années qui précèdent les élections.

-  **J'ai exercé ma profession alternativement au titre d'indépendant(e) et au titre de salarié(e) :** Je joins un Certificat dûment établi par le ou les employeur(s) et la Caisse nationale de santé.

\*\*\*

**Certificat de résidence établi par l'autorité compétente de mon lieu de résidence et qui mentionne les dates de résidence :**

-  **Je réside au Grand-Duché depuis plus de 3 ans**, je produis un certificat de résidence établi par l'Administration Communale

-  **Je réside au Grand-Duché depuis moins de 3 ans**, je produis un certificat de résidence établi par l'Administration Communale et les documents équivalents émanant de l'autorité compétente de l'Etat de résidence antérieur.

-  **Je réside à l'étranger**, je produis seuls les documents équivalents émanant de l'autorité compétente de l'Etat de résidence.

\*\*\*

**Un Extrait récent du casier judiciaire ou tout document équivalent établi par l'autorité compétente et établissant que je ne suis pas condamné(e) à des peines criminelles et/ou privé(e) du droit de vote par condamnation.**

\*\*\*

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

.....  
(Signature)

(à envoyer  
par lettre recommandée

à :

Madame la Ministre de la Santé  
Paulette LENERT  
Allée Marconi, Villa Louvigny  
L-2120 Luxembourg

pour le **15 octobre 2021 au plus tard**,  
le cachet de la poste faisant foi)