

Changement d'adresse et/ou d'activité et/ou de statut

Déclaration d'activité

NOM : **Prénom :** **N° ordre :**

Adresse personnelle:

Tél : **Mail :**

Je déclare mes activités ci-après:

Activité principale	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse du lieu d'exercice & n° de téléphone professionnel		Tél. pro. :
Mode d'exercice : (cocher la case correspondant à votre activité)	<input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/> Autre :
Nom du(des) titulaire(s) du cabinet		
	Date de fin d'activité	Date de début d'activité
/...../...../...../.....

Activité secondaire	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse du lieu d'exercice & n° de téléphone professionnel		
Mode d'exercice : (cocher la case correspondant à votre activité)	<input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/> Autre :
Nom du(des) titulaire(s) du cabinet		
	Date de fin d'activité	Date de début d'activité
/...../...../...../.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ⁽¹⁾ ci-dessus.

Fait à : **Le :** **Signature :**

Pièce à fournir : une copie du ou des contrats et /ou un justificatif de cabinet.

(1) Article R4321-143 du CSP : « Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil départemental de l'ordre par un masseur-kinésithérapeute peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels. »