

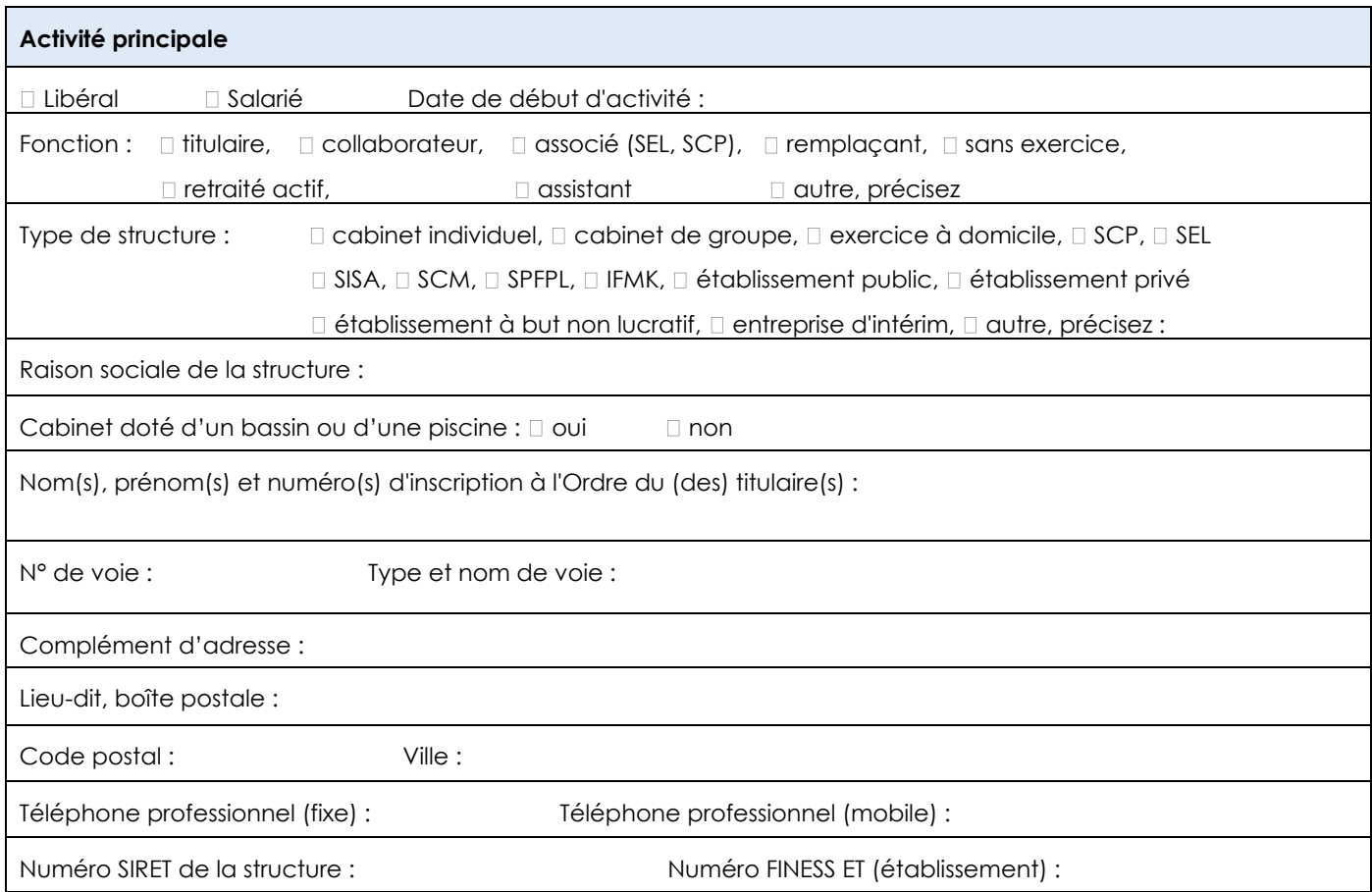


Demande d'inscription au Tableau du Conseil Départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Yonne dans le cadre d'un transfert de résidence professionnelle

État civil		
Civilité ☐ Mme ☐ M.		
Nom patronymique (naissance) :		
Nom d'usage :		
Prénom :	2ème Prénom :	3ème Prénom :
Date de naissance :		
Ville, département et pays de naissance :		
Nationalité : ☐ Française ☐ UE, précisez : ☐ hors UE, précisez :		
Date d'acquisition de la nationalité française :		

Coordonnées personnelles		
N° de voie :	Type et nom de voie :	
Complément d'adresse :		
Lieu-dit, boîte postale :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Téléphone personnel (fixe) :		Téléphone personnel (mobile) :
Courriel professionnel (ou à défaut personnel) :		
Vote choix d'envoi des courriers : ☐ Adresse personnelle ☐ Adresse professionnelle		

Exercice professionnel		
☐ Libéral	☐ Conventionné	☐ Non conventionné
☐ Salarié	☐ Titulaire de la Fonction Publique	
	☐ Agent contractuel de la Fonction Publique :	☐ CDI ☐ CDD
	☐ Secteur privé :	☐ CDI ☐ CDD
	☐ Autre, précisez :	
☐ Mixte, précisez vos statuts :		
	☐ Libéral	☐ Conventionné ☐ Non conventionné
	☐ Salarié	☐ Agent contractuel de la Fonction Publique : ☐ CDI ☐ CDD
	☐ Secteur privé :	☐ CDI ☐ CDD
	☐ Autre, précisez :	
N° ordinal :	N° RPPS :	
Spécificité d'exercice (le cas échéant) :		
Date du dernier DPC le cas échéant (Développement Professionnel Continu) :		



Activité secondaire



Déclarations

1. «Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction ou susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau n'est en cours à mon encontre».

2. «Je déclare avoir eu connaissance du code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes et m'engage à le respecter (article R.4321-142 du code de la santé publique)».

3. «Je veillerai à informer le conseil départemental de toute modification de mes conditions d'exercice (article R.4321-144 du code de la santé publique) et de mon adresse électronique (article L. 4001-2 du même code) ».

«Le traitement de ces informations a pour objet votre inscription au tableau de l'ordre conformément aux dispositions de l'article L. 4321-10 du code de la santé publique et au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé. Les conseils de l'ordre et ses membres élus ou salariés en sont les destinataires, puis l'ASIP santé (arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé «répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS), l'Agence régionale de santé et le parquet du tribunal de grande instance conformément aux dispositions en vigueur.

Le conseil départemental auprès duquel votre demande d'inscription est déposée ou adressée sera le responsable du traitement de ces informations. (Mentions issues de l'application du règlement 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016).

Date :

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé" :

Pièces à fournir :

- ☐ L'attestation de radiation émanant du Conseil départemental de départ
- ☐ Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité
- ☐ Un justificatif de domicile
- ☐ Le contrat professionnel relatif à votre nouvelle activité