



**DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU
DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE PARIS
DANS LE CADRE D'UN TRANSFERT D'ACTIVITÉ**

MME. M. Nom et prénom d'usage :

Nom patronymique :

N° ordinal : Département d'inscription précédent :

Remettre obligatoirement, **un certificat de radiation d'inscription** émanant du Conseil départemental auprès duquel vous étiez précédemment inscrit(e)

ADRESSE PERSONNELLE

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :@.....

SITUATION PROFESSIONNELLE ENVISAGÉE

Libéral Mixte (temps salarié : %) Salarié Cadre salarié Autre :

FORME D'EXERCICE LIBERAL

Activité exclusive de soins à domicile (domiciliation personnelle)

Exercice individuel (indiquer l'adresse du cabinet) :

Remplaçant exclusif (indiquer le nom et l'adresse professionnelle du ou des remplacés signataires du contrat) :

Collaborateur libéral ou assistant-collaborateur (indiquer le nom et l'adresse professionnelle du ou des signataires du ou des contrats) :

En groupe : SCM SCP SEL Autre (précisez) :

Indiquez l'adresse, les noms et profession des associés :

Cabinet secondaire (indiquer la forme juridique d'exercice, l'adresse, les éventuels associés, le nom du titulaire du cabinet si vous êtes assistant collaborateur, le ou les professionnels que vous remplacez, etc.) :

FORME D'EXERCICE SALARIE

Nom de l'établissement :
Adresse :
Complément d'adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone : Email :@.....

Avez-vous un projet de contrat où avez-vous conclu un ou des contrats ayant pour objet l'exercice de votre profession (collaboration libérale, bail, contrat de travail, etc.) ?

Oui **Non**

Avez-vous des intérêts dans un organisme ou une entreprise en rapport avec les activités médicales ou paramédicales ?

Oui **Non**

Reproduire la phrase ci-dessous : « Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au Tableau n'est en cours à mon encontre. »

Reproduire la phrase ci-dessous : « J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du Code de déontologie et je fais serment de le respecter. »

Demande inscription au Tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Paris,

Fait à Paris, le/...../.....

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Pièces à fournir obligatoirement

- Certificat de radiation d'inscription émanant du Conseil départemental**
- Copie d'une pièce d'identité ou attestation de nationalité**
- Pour les ressortissants d'un Etat non francophone, un extrait d'acte de naissance.**
- Un extrait du casier judiciaire (ou équivalent) de votre pays d'origine et, le cas échéant, de provenance, datant de moins de trois mois, uniquement pour les demandeurs non ressortissants des états suivants : France, Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Luxembourg, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Roumanie, Royaume Uni, Slovaquie, Suède.**
- Photocopie d'un justificatif de domicile ou du cabinet (facture EDF ou GDF ou téléphone) datant de moins de trois mois**
- Contrat(s) professionnel(s) relatif(s) à votre nouvelle activité**
- Dans le cadre d'un exercice libéral, attestation d'assurance au titre de la responsabilité professionnelle**

Il conviendra de communiquer également copie de l'attestation d'enregistrement au répertoire ADEL (2 pages), qu'il convient de solliciter auprès des services parisiens de l'Agence Régionale de Santé – Millénaire 1 – 35 rue de la Gare – 75019 PARIS

Certaines des informations recueillies sont saisies sur fichier informatique. La Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification de ces données. Les réponses à ces questions sont obligatoires. Le défaut de réponse pourra entraîner soit un refus d'inscription, soit une enquête du Conseil départemental. Toute fausse déclaration peut donner lieu à sanction disciplinaire ou à sanction pénale. Ces informations sont en premier lieu destinées à l'Ordre, elles servent à répondre aux obligations de l'article L.4321-10 du Code de la santé publique, à établir des listes de correspondance utilisées pour l'envoi de bulletins, lettres informations ordinales ou pour la publication d'études démographiques chiffrées par l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes. Elles peuvent également servir à l'envoi d'informations strictement liées à l'exercice de la profession.

Vous êtes informé que vous pouvez pour des raisons légitimes vous opposer à ce que des données nominales vous concernant soient transmises à des tiers ou fassent l'objet d'un traitement destiné à vous adresser des informations sans rapport avec la finalité de ce questionnaire. Si vous vous opposez à ce que votre nom et votre adresse soient utilisés par le Conseil de l'Ordre pour vous communiquer des informations à caractère professionnel émanant d'autres institutions ou organismes, vous devrez signifier cette opposition au Conseil Départemental de Paris, 82-84 boulevard Jourdan, 75014 PARIS, par lettre recommandée avec avis de réception.