



Attestation ci-dessous à nous renvoyer. Merci de la compléter et de **cocher les mentions correspondantes à votre situation et à votre choix, dans les points 1 ET 2.**

Afin de pouvoir vous communiquer votre attestation de changement de situation, pensez à nous informer ci-dessous de vos nouvelles coordonnées postales, mail et téléphone.

Coordonnées personnelles :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame/ Monsieur, déclare, dans le cadre de votre changement de situation professionnelle :

1/ Avoir **arrêté totalement** mon activité de masseur kinésithérapeute **y compris pour quelques actes isolés ou non thérapeutiques** :

Pour cause de _____;

En date du _____, (Jour + Mois + Année)

ou

Avoir **arrêté temporairement totalement** mon activité de masseur kinésithérapeute **y compris pour quelques actes isolés ou non thérapeutiques** :

Pour cause de _____;

En date du _____, (Jour + Mois + Année)

Jusqu'au _____.

ou

Avoir **fait valoir mes droits à la retraite** tout en conservant une activité professionnelle dans le cadre du cumul emploi retraite.

Auprès de (Caisse de retraite) : _____ à partir du _____

2/

Attester en ma qualité de Masseur Kinésithérapeute Inactif **ne plus vouloir être inscrit** à l'ordre des masseurs kinésithérapeutes.

ou

Attester en ma qualité de Masseur Kinésithérapeute Inactif **vouloir être inscrit** à l'ordre des masseurs kinésithérapeutes en qualité de :

« Masseur Kinésithérapeute inactif ».

« Retraité inactif »

« Retraité actif »

Fait à , le _____.

Signature

«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).