

**DECLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION : Professionnel (et / ou) Personnel**

**Informations pratiques :** Les 5 étapes indiquées en bleu sont à suivre en fonction de la demande de changement - Les pointillés et les cases sont à compléter et vous permettent d'indiquer votre choix-

*\*Attention toutes les dates et choix sont à remplir en respectant les consignes notamment sur le suivi des dates de fin et début d'activité.*

**1 - Je soussigné(e)\***, ..... Masseur-kinésithérapeute, enregistré(e) sous le **numéro d'ordre** ..... demande par la présente l'enregistrement des modifications  **professionnelles et/ou**  **personnelles**, indiquée(s) ci-dessous.

**2 - Ancienne situation professionnelle**

**Adresse** :\*.....

**Statut\*\*** :  Titulaire  Associé SCP/SEL  Associé SCM  Assistant Collaborateur  Remplaçant  Salarié  MK INACTIF

**Date de fin d'activité précédente (J\*)** :.....

**3- Nouvelle situation professionnelle**

**A compter du \* (J+1)** : .....

**Nom du cabinet + Adresse professionnelle** : .....

**Téléphone professionnel** : ..... **Mail** : .....

Vous exercez à **temps partiel** :  OUI  NON Si OUI quotité de temps : .....

**LIBERAL**

- 1 -  Conventionné *et/ou*  Non conventionné
- 2 -  **Exercice en groupe** OU  **Exercice individuel**
  - SCP /  SEL
  - Société de Fait
  - SCM
  - domicile exclusif
  - En cabinet
- 3 -  Titulaire  Assistant-libérale  Remplaçant
- Collaborateur Libéral
- 4 - Bassin ou piscine :  OUI  NON

**SALARIE**

- 1 -  Établissement Public
  - Institut Formation en Masso-Kinésithérapie Public
  - Etablissement privé à But lucratif
- 2 -  **Titulaire\***  Stagiaire  CDI  CDD  Intérimaire\*\*
  - \* Seulement pour fonctionnaire
  - \*\* Indiqué le NOM de l'Agence d'intérim pour le NOM de l'employeur
- 3 - NOM DE LA STRUCTURE D'EMPLOI : .....

**Contrat(s)** :  OUI préciser avec .....  
 NON, si non précisez raison : .....

**JE M'ENGAGE A COMMUNIQUER TOUS NOUVEAUX CONTRATS PROFESSIONNELS DÈS SIGNATURE.**

**4 - Situation personnelle actuelle**

**Depuis le / A compter \* du** : .....

**Adresse personnelle** : .....

**Téléphone personnel** : ..... **Téléphone portable** : .....

**Mail** : ..... **Nouveau NOM d'exercice** : .....

**Adresse de correspondance** \* :  personnelle ou  professionnelle

**Si vous avez une ACTIVITE SECONDAIRE ou SUPPLEMENTAIRE compléter votre demande par l'envoi de ce document**  
*Un formulaire de déclaration activité secondaire/ supplémentaire sur le site \* : liens vers [le formulaire](#) et [la procédure](#)*

**5- Attestation obligatoire \***

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité. Je m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Vaucluse un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil de l'Ordre.

**Date** : ..... **Mention « lu et approuvé » manuscrite**  
**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).