

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 * ☐ activité principale. * ☐ Activité secondaire/supplémentaire

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) :

* ☐ activité principale. * ☐ Activité secondaire/supplémentaire

Nom du cabinet + Adresse professionnelle :

Téléphone professionnel : **Mail :**

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

LIBERAL exercice coordonnée CPTS : ☐ OUI ☐ NON

1 - ☐ Conventionné et/ou ☐ Non conventionné
2 - ☐ **Exercice en groupe** OU ☐ **Exercice individuel**
 ☐ SCP / ☐ SEL ☐ domicile exclusif
 ☐ Société de Fait ☐ En cabinet
 ☐ SCM

3 - ☐ Titulaire ☐ Assistant-libérale
 ☐ Collaborateur Libéral ☐ Remplaçant

4 - Bassin ou piscine : ☐ OUI 5 - MSP ☐ SISA ☐

Contrat(s) : ☐ OUI préciser avec qui
☐ NON, si non précisez raison :

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'interim pour le NOM de l'employeur*
3 - NOM DE LA STRUCTURE D'EMPLOI :

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).