

Répertoire ADELI

SIGNALEMENT DE CHANGEMENT DE SITUATION

! ATTENTION ! ➔ S'il s'agit d'un changement de département, remplir un formulaire d'ENREGISTREMENT ADELI



À renvoyer par mail à :

ars-bfc-adel@ars.sante.fr

Par courrier :

ARS DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
Service ADELI
« Le Diapason »
2, Place des Savoirs
21000 DIJON

Votre identification au répertoire :

- ✓ **N° ADELI :**
- ✓ **Nom d'exercice :**
- ✓ **Nom de Naissance :**
- ✓ **Adresse personnelle :**

✓ **Profession :**

✓ **Prénom :**

✓ **E-MAIL :**

CP:

VILLE :

• **NOUVEAU NOM D'EXERCICE :**

(Joindre obligatoirement un justificatif : ex. Acte de mariage, Livret de famille, CNI avec nom marital, ...)

• **JE QUITTE LE DÉPARTEMENT** (Pour Information : La radiation est automatique lorsque vous vous enregistrez dans votre nouveau département)

À partir de :

Je souhaite avoir une Attestation de Radiation : ☐ Oui ☐ Non

• **JE CHANGE D'ADRESSE PERSONNELLE :**

→ Nouvelle adresse :

CP:

VILLE :

• **JE CESSE MON ACTIVITÉ :** ☐ Principale ☐ Secondaire ☐ Autres :

Date de cessation :

Motif (ex : cessation provisoire, retraite, ...):

• **NOUVELLE SITUATION PROFESSIONNELLE** (Décrivez ci-dessous toutes vos activités) :

➔ **Activité Principale**

DATE DE PRISE DE FONCTIONS :

☐ **LIBÉRALE :**

☐ EN CABINET : ☐ Individuel ☐ De Groupe ☐ en Société

Votre statut : ☐ Collaborateur ☐ Assistant ☐ Autre:

☐ EN ETABLISSEMENT

☐ REMPLAÇANT*

* Soumis à autorisation de l'Ordre pour les INFIRMIERS

☐ **SALARIÉE :**

☐ Secteur PUBLIC ☐ Secteur PRIVÉ ☐ Intérim

☐ **INDEPENDANT** (Artisan, Commerçant,...)

Votre statut : ☐ Gérant ☐ Collaborateur ☐ Autre:

☐ **AUTRES** (Bénévole, Consultant,...) :

➤ NOM ou RAISON SOCIALE de l'activité :

➤ ADRESSE PROFESSIONNELLE :

(ou Adresse Personnelle dans le cadre du Remplacement libéral)

CP:

VILLE :

Téléphone :

Fax :

N° SIRET (14 chiffres) :

➔ **Activité Secondaire**

DATE DE PRISE DE FONCTIONS :

☐ **LIBÉRALE :**

☐ EN CABINET : ☐ Individuel ☐ De Groupe ☐ en Société

Votre statut : ☐ Collaborateur ☐ Assistant ☐ Autre:

☐ EN ETABLISSEMENT

☐ REMPLAÇANT*

* Soumis à autorisation de l'Ordre pour les INFIRMIERS

☐ **SALARIÉE :**

☐ Secteur PUBLIC ☐ Secteur PRIVÉ ☐ Intérim

☐ **INDEPENDANT** (Artisan, Commerçant,...)

Votre statut : ☐ Gérant ☐ Collaborateur ☐ Autre:

☐ **AUTRES** (Bénévole, Consultant,...) :

➤ NOM ou RAISON SOCIALE de l'activité :

➤ ADRESSE PROFESSIONNELLE :

(ou Adresse Personnelle dans le cadre du Remplacement libéral)

CP:

VILLE :

Téléphone :

Fax :

N° SIRET (14 chiffres) :

Autres activités / Informations (à développer dans votre mail le cas échéant) :

Pour les infirmiers, les cabinets secondaires sont soumis à autorisation de l'Ordre

DATE (JJ/MM/AAAA) :

SIGNATURE (Prénom + NOM) :

Pour tout renseignements complémentaires, veuillez contacter le : 0 808 807 107

Votre droit d'accès aux informations contenues dans le répertoire ADELI et vos éventuelles demandes de rectifications prévues par la loi N° 78-17 du 06/01/1978 s'exercent auprès de l'ARS de votre lieu d'exercice principal.