



DECLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION

1- ANCIENNE SITUATION PROFESSIONNELLE

Adresse :

Statut titulaire associé SCP/SEL Associé SCM Assistant collaborateur Remplaçant Salarié Autres

Date fin d'activité précédente ¹:

2- DECLARATION SITUATION PROFESSIONNELLE PRINCIPALE

A compter du

Je soussigné (e), masseur kinésithérapeute, enregistré sous le numéro d'ordre.....

Demande par le présente l'enregistrement des modifications professionnelles et/ou personnelles, indiquée (s) ci-dessous.

Adresse professionnelle ²:
.....

Téléphone professionnel : Mail professionnel :

Vous exercez à temps plein oui non Si oui, quotité de temps :

LIBERAL

- 1 - conventionnée et/ou non conventionné
- 2 - Exercice en groupe ou exercice individuel :
 - SCP SEL A domicile
 - Société de fait en cabinet
- 3 - Titulaire Assistant libéral
- Collaborateur libéral remplaçant
- 4 - Bassin ou piscine : OUI NON

SALARIE

- 1 - Etablissement public :
 - Institut formation en masso kinésithérapie public
 - Etablissement privé à but lucratif
- 2 - Titulaire* stagiaire CDI CDD
- * Seulement pour les fonctionnaires
- 3 - Nom de la structure d'emploi :
.....

Contrat ³ (s) OUI NON, si non précisez la raison :

Je m'engage à communiquer tous nouveaux contrats professionnels dès signature.

Adresse de correspondance : personnelles ou professionnelle

3 – DECLARATION DE CABINET SECONDAIRE

Madame / monsieur déclare exercer, une activité principale à l'adresse suivante :

A compter du / depuis le temps d'exercice (% ou jours) :

En qualité de titulaire associé assistant collaborateur Autres :

Une activité secondaire à l'adresse suivante :

A compter du / depuis le : temps d'exercice (% ou jours) :

En qualité de titulaire associé assistant collaborateur Autres :

Je demande par la présente au CDOMK 65 l'enregistrement de cette activité secondaire conformément à l'article R4321-129 du code de la santé publique.

4 – SITUATION PERSONNELLE ACTUELLE

depuis le / A compter du :

Adresse personnelle ²: Téléphone portable :

Mail personnel : Nouveau nom d'exercice ⁴:

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 des Hautes Pyrénées 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 (seules les demandes complètes seront traitées par le conseil départemental).

Date :

Signature

Mention « lu et approuvé » manuscrite

¹ Communiqué le justificatif de fin contrat (copie lettre préavis contrat, certificat de travail etc...)

² Copie du justificatif de domicile datant de moins de 3 mois

³ Communiqué le ou les contrats de travail conformément à l'article R4321-127 et 134 du code de la santé publique

⁴ Extrait de mariage ou tout autre justificatif