***Répertoire ADELI*SIGNALEMENT DE CHANGEMENT DE SITUATION**

**À renvoyer à :**

Trouver le Service ADELI de votre lieu d’exercice principal :

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/les-services-adeli-en-delegation-departementale>

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre identification au répertoire** | |
| Nom d’exercice : ………………………………………………………  Prénom : ………………………………………………………………….  Profession : ……………………………………………………………... | Nom patronymique : ……………………………………………….  N° ADELI : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |

**CHANGEMENT DE SITUATION** **PROFESSIONNELLE**

NOUVEAU NOM D'EXERCICE : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

JE QUITTE LE DÉPARTEMENT – À partir du : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

JE CHANGE DE DOMICILE – Nouvelle adresse : …………………………………………………………………………………………………….…………...

………………………………………………………………………………………………………………..

JE CESSE MON ACTIVITÉ – À partir du : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Motif : cessation provisoire, retraite, autre (*rayer la mention inutile*)

JE CHANGE D’ACTIVITÉ– À partir du : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| 🡪 précisez les dates ci-dessous si plusieurs

**NOUVELLE SITUATION :** décrivez ci-dessous toutes vos nouvelles activités et les dates de début.

|  |  |
| --- | --- |
| **1-Activité principale :** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| | **2-Activité secondaire :** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| |
| 🞏 **LIBÉRALE** (*rayer la mention inutile*)  Cabinet individuel  Cabinet de groupe  SCP ou SEL : selarl, selafa, selca  Autre : ………………………………………………………………….….  🞏 **REMPLACANT**  🞏 **SALARIÉE**  Employeur : ……………………………………………………….…….  *ADRESSE PROFESSIONNELLE (libérale ou salariée) :*  ……………………………………………………………………………………….…  ………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………….  *TÉLÉPHONE* : …………………………………………………………………….  *MAIL :*……………………………………………………………………………….  *N° SIRET de la SCP ou SEL* :  |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|  *N° FINESS (si exercice en établissement) :*  |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| | 🞏 **LIBÉRALE** (*rayer la mention inutile*)  Cabinet individuel  Cabinet de groupe  SCP ou SEL : selarl, selafa, selca  Autre : ………………………………………………………………….…..  🞏 **SALARIÉE**  Employeur : …………………………………………..………………….  *ADRESSE PROFESSIONNELLE (libérale ou salariée)* :  ……………………………………………………………………………………….…  ………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………….…  *TÉLÉPHONE* : ………………………………………………………………..…..  *MAIL :* ………………………………………………………………………..…….  *N° SIRET de la SCP ou SEL* :  |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|  *N° FINESS (si exercice en établissement) :*  |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |

***Autres activités (précisez 3, 4, etc…) :***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

**DATE**: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

**SIGNATURE :**

*Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :*[ARS-OC-DD**00**-ADELI@ars.sante.fr](mailto:ARS-OC-DD00-ADELI@ars.sante.fr) (remplacer 00 par le N° du département d’exercice)