***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 individuelCabinet de groupeSCP ou SEL : selarl, selafa, selcaAutre : ………………………………………………………………….….🞏 **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 individuelCabinet de groupeSCP ou SEL : selarl, selafa, selcaAutre : ………………………………………………………………….…..🞏 **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 (remplacer 00 par le N° du département d’exercice)