

ENREGISTREMENT DES USAGERS DE TITRES PROFESSIONNELS AU REPERTOIRE ADELI

Agence Régionale de Santé



Madame, Monsieur,

Les informations que vous communiquez dans ce document serviront à :

- Vous transmettre, en retour, la fiche reflétant les éléments que vous aurez indiqués et comportant votre numéro ADELI ;
- Mieux vous informer sur la démographie de votre profession ;
- Établir les listes départementales des praticiens ;

Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte aux informations obligatoires peut entraîner l'application d'une amende administrative.

Je vous remercie du soin que vous prendrez à compléter ce document et vous demande de bien vouloir m'informer de toute modification portant sur les informations que vous me communiquez.

Le directeur général de
l'Agence Régionale de Santé

Le traitement informatique du répertoire ADELI (après avis de la C.N.I.L. N°98-29 du 24/03/1998 est mis en œuvre sous la responsabilité de la D.R.E.E.S. (ministère chargé de la santé) par l'arrêté du 27/05/1998 précisant sa finalité et les destinataires des informations. Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS). où vous êtes enregistré.

*Pour vous faire enregistrer au répertoire ADELI des professions de santé, vous devez présenter vos **diplômes, certificats, titres ou autorisations** (originaux).*

ACTIVITES PROFESSIONNELLES EXERCEES

Remplissez les cadres correspondant à vos activités - Cochez d'une croix votre **activité principale** à laquelle vous consacrez, actuellement, le plus de temps

ACTIVITES DU SECTEUR LIBÉRAL

| | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| REPLAÇANT EXCLUSIF (ne remplissez aucun des cadres ci-dessous) | | Date de début | <input type="text"/> |
| EXERCICE EN CABINET | De groupe, SCM, association | Individuel | |
| Nom ou raison sociale | <input type="text"/> | | Date d'installation |
| Adresse | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | | | (JJ-MM-AAAA) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | Société d'exercice |
| Code postal | Commune | SCP | SEL AUTRE |
| | Tél <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> | N° SIRET de la société |
| | e-mail <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | Cabinet secondaire | Ou | Autre implantation de la société |
| Adresse | <input type="text"/> | | |
| | <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Code postal | Commune | Tél <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> |
| | | e-mail <input type="text"/> | |

ACTIVITES SALARIÉES

| | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|---------------------------|
| EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS (public ou privé) | | | |
| Nom ou raison sociale | <input type="text"/> | | Date de prise de fonction |
| Adresse | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | | | (JJ-MM-AAAA) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Code postal | Commune | Tél <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> |
| | | e-mail <input type="text"/> | |

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------|
| AUTRE EXERCICE SALARIÉ | | | |
| Nom ou raison sociale | <input type="text"/> | | Date de prise de fonction |
| Adresse | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | | | (JJ-MM-AAAA) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Code postal | Commune | Tél <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> |
| | | e-mail <input type="text"/> | N° SIRET de la société |
| | | | <input type="text"/> |

| | | | |
|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ACTIVITÉS INDÉPENDANTES | | | |
| Nom ou raison sociale | <input type="text"/> | | Date de début d'activité |
| Adresse | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| | | | (JJ-MM-AAAA) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Code postal | Commune | Tél <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> |
| | | e-mail <input type="text"/> | N° SIRET de la société |
| | | | <input type="text"/> |

RÉSERVÉ à L'ARS

Date d'enregistrement

(JJ-MM-AAAA)

Numéro Adeli

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document

Date :

(JJ-MM-AAAA)

Signature :

Décret n° 2007-435 du 25 mars 2007

Le texte ci-dessus définit les conditions d'exercice et d'inscription sur les listes professionnelles mises à disposition en ARS pour le titre suivant :

Ostéopathe**TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS*****Diplôme ou titre autorisant l'exercice***

- Diplôme reconnu par le conseil national de l'ordre des médecins (ex: DU médecine manuelle - ostéopathie)
- Diplôme d'un établissement de formation agréé
- Autorisation d'user du titre délivré par le Directeur Général de l'ARS
- Autorisation d'exercice délivrée par le Directeur Général de l'ARS (ressortissants étrangers)

Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010

Le texte ci-dessus définit les conditions d'exercice et d'inscription sur les listes professionnelles mises à disposition en ARS pour le titre suivant :

Psychothérapeute**TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS*****Diplôme ou titre autorisant l'exercice***

- Diplôme d'État Médecin > spécialité en psychiatrie
- Diplôme d'État Médecin plus formation plus stage
- Diplôme de niveau master dont la spécialité ou la mention est la psychologie ou la psychanalyse.
- Autorisation Psychothérapie

Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011

Le texte ci-dessus définit les conditions d'exercice et d'inscription sur les listes professionnelles mises à disposition en ARS pour le titre suivant :

Chiropracteur**TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS*****Diplôme ou titre autorisant l'exercice***

- Diplôme d'un établissement de formation agréé
- Autorisation d'user du titre délivré par le Directeur Général de l'ARS Île-de-France
- Autorisation d'exercice délivrée par le Directeur Général de l'ARS Île-de-France (ressortissants étrangers)
- Autorisation temporaire délivré par le Directeur Général de l'ARS Île-de-France

IMPORTANT

**Vous remplirez ce questionnaire page 2 et page 3.
Imprimez-le en double et gardez-en 1 exemplaire.**

Imprimez cette page pour suivre les instructions

- 1/ Enfoncez la touche **TAB** : vous pourrez avec cette touche descendre d'une zone de remplissage à la suivante. Vous passerez aussi dans les cases à cocher, que vous pourrez cocher avec la touche **ENTRÉE**.
- 2/ Pour remonter d'une zone à l'autre : **MAJ+TAB**.
- 3/ Vous pouvez également **cliquer** directement dans les zones à renseigner et dans les cases à cocher choisies.
- 4/ Pour **décocher** une case non obligatoire : cliquer dans la case ou appuyer sur la touche **ENTRÉE**.
- 5/ Lorsque vous imprimerez, **cochez** dans la fenêtre **IMPRIMER** la case "Annotations" ou "Commentaires".
- 6/ N'oubliez pas la **SIGNATURE** (à la main) dans la zone prévue.
- 7/ En bas de la page 3, un bouton **EFFACER TOUT** vous permet de vider les zones de leurs données et de retrouver un formulaire vierge.