Demande d’autorisation de se faire assister par un médecin

A adresser au conseil départemental du lieu d’inscription du demandeur

Article R. 4127-88 du code de la santé publique

*Cocher obligatoirement l’une des deux cases :*

* Demande initiale
* Renouvellement

I – Identification du demandeur

Nom :………………………………………………………………………………………………

Prénom :…………………………………………………………………………………………..

N° départemental d’inscription au Tableau de l’Ordre :………………………………………

Qualification *(menu déroulant)*

Disciplines exercées ou orientation de l’activité : ……………………….....................................

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

Adresse de correspondance :……………………..……………………..

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

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune……………………………………………….

N° de téléphone |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ; |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

 *Fixe Mobile*

Adresse électronique :……………………………………………………………………………

**II – Identification de l’assistant**

Nom :……………………………………………………………………………………………..

Prénom :………………………………………………………………………………………….

N° départemental d’inscription au Tableau de l’Ordre :……………………………………..

Conseil départemental d’inscription :………………………………………………………….

Qualification  *(menu déroulant)*

Disciplines exercées ou orientation de l’activité : ……………………….....................................

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

**III – Motifs de la demande d’assistanat**

* état de santé
* besoins de santé publique (pénurie médicale, épidémie,…)

Précisez :…………………………………………………………

* afflux exceptionnel de population (exemple : période touristique estivale,…) Précisez :…………………………………………………………………………………

**IV – Modalités de l’assistanat**

Lieu(x) concernés……………………………………………………………………………………..

Date et durée de l’assistanat :……………………………………………………………………..

Modalités pratiques de l’assistanat (nombre de journée ou demi-journée par semaine) :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V – Listes des pièces à joindre :

* Un projet de contrat d’assistanat a déjà été établi :

 Oui

 Non

*Rappel : la conclusion d’un contrat et sa communication dans le délai d’un mois au Conseil départemental est obligatoire (article L. 4113-9 du code de la santé publique)*

* certificat médical (à joindre par courrier si formulaire renseigné en ligne) ;
* toutes pièces utiles à l’examen du dossier.

Je soussigné(e) (nom et prénom du demandeur) ………………………………………..certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies ou joints au présent formulaire.

Fait le \_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| à …………………………………………………..