**Demande d’autorisation d’exercice dans une unité mobile**

**A adresser au Conseil départemental de l’Ordre des médecins du lieu d’exercice   
de l’unité mobile**

Article R. 4127-74 du code de la santé publique

Nous vous rappelons qu’une demande d’autorisation doit être faite pour chaque département dans lequel l’unité mobile va intervenir.

**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 :…………………………………………………………………………........

Disposez-vous d’une résidence professionnelle habituelle :

* Non
* Oui

Nature de l’activité :………………………………………………………………………………

Adresse :……………………………………………………………………………………………  
 …………………………………………………………………………………………….

**II - Activité dans l’unité mobile**

(*expliquez en quelques lignes : type d’actes, collaborations avec d’autres médecins ou d’autres professionnels, etc.)*

**III - Description du projet et intérêt pour la santé publique**

(*expliquez en quelques lignes*)

**IV - Organisateur, le cas échéant :**

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

Adresse:………………………………………………………………………………………………….

**V - Programme de l’activité de l’unité mobile**

Dates de début et de fin :………………………………………………………………………………

Lieux, jours et horaires :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |

**VI – Si vous disposez d’une résidence professionnelle habituelle, indiquez les dispositions prises pour répondre aux urgences, garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins aux patients pris en charge**

(*expliquez en quelques lignes*)

**Pièces à joindre :**

Un projet de contrat a déjà été établi pour cet exercice dans l’unité mobile :

* Oui (le joindre)
* 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)*

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 …………………………………………………..