***REPERTOIRE ADELI***

**SIGNALEMENT DE CHANGEMENT DE SITUATION**

**Formulaire à retrouner dument complété et signé :**

* Soit par mail à *ars-corse-adeli@ars.sante.fr*
* Soit par courrier : ARS de Corse / DOS – service ADELI / QUARTIER St Joseph / CS 13 0003 / 20 700 AJACCIO Cedex 9

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

**CHANGEMENT DE SITUATION**

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

**JE QUITTE LE DÉPARTEMENT – À partir de :** ……………………………………………………………………………………………………………

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

**JE CESSE MON ACTIVITÉ – À partir de :** ………………………………………………………………………………………………………………...

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

**JE CHANGE DE SITUATION PROFESSIONNELLE – À partir de :** ………………………………

**NOUVELLE SITUATION :** décrivez ci-dessous toutes vos activités

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTIVITE PRINCIPALE**🞏 LIBÉRALE (*rayer la mention inutile*)Cabinet individuelCabinet de groupeSCP ou SEL : selarl, selafa, selcaAutre : *ADRESSE PROFESSIONNELLE* :…………………………………………………………………………………………………………………………………………🞏 SALARIÉENom et adresse de l’employeur : ……………………………………………………🞏 REMPLACANT(E) LIBERALE Autres activités :*TÉLÉPHONE* : …………………………………………………..*N° SIRET de la SCP ou SEL* : ………………………………… | **ACTIVITE** **SECONDAIRE**🞏 LIBÉRALE (*rayer la mention inutile*)Cabinet individuelCabinet de groupeSCP ou SEL : selarl, selafa, selcaAutre : *ADRESSE PROFESSIONNELLE* :…………………………………………………………………………………………………………………………………………🞏 SALARIÉENom et adresse de l’employeur : ……………………………………………………🞏 REMPLACANT(E) LIBERALE Autres activités :*TÉLÉPHONE* : …………………………………………………..*N° SIRET de la SCP ou SEL* : ………………………………… |

**DATE :**

 **SIGNATURE :**

*Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter le service ADELI par mail à* *ars-corse-adeli@ars.sante.fr*