

**DECLARATION DE REMPLACEMENT LIBERAL**

**IMPORTANT : Vous devez communiquer une copie du contrat relatif à votre remplacement libéral à votre conseil départemental avant le début de votre activité.**

<b>N° RPPS</b>	<b>N° national</b>	<b>Département d'inscription</b>	<b>N° attribué dans le dpt</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**MON IDENTITE**

Je soussigné (e)       M.       Mme       Melle

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Nom d'exercice : .....

Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu : .....

Demeurant : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél/Fax/Mail : .....

**REMPLACEMENT (1 fiche par remplacement)**

Je déclare faire un remplacement à compter du : ..... / ..... / ..... jusqu'au : ..... / ..... / .....

Coordonnées de la sage-femme remplacée :

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : ..... Nom d'exercice : .....

Nom de l'établissement et adresse de l'activité : .....

Code postal : ..... Ville : ..... N° SIRET de la sage-femme remplacée : .....

Tél : ..... Fax : ..... E-mail : ..... @ .....

**Votre Carte de professionnel de santé (CPS)**

Dès qu'il sera procédé à l'enregistrement de vos nouvelles données personnelles ou professionnelles, les informations figurant dans votre CPS seront automatiquement modifiées ou, le cas échéant, vous recevrez une CPS, laquelle annulera et remplacera alors la précédente en votre possession. Elle vous sera adressée par les services de l'ASIP Santé. Pour toute information sur votre CPS, appelez les services de l'ASIP au n° Indigo 0 825 85 2000 (0,15 € TTC la minute - 24h/24 et 7j/7) ou consultez leur site Internet: <http://esante.gouv.fr/services/espace-cps>

**MA SITUATION**

Je conserve aussi mon (mes) activité(s) actuelle(s) :

Nom de la structure et adresse de l'activité :	Date de début	Date de fin
1 - .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
.....	Type d'activité* : .....	
2 - .....	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
.....	Type d'activité* : .....	

\*Préciser si salariée, hospitalière, PMI ou libérale.

Je clos mon (mes) activité(s) actuelle(s) (tous types d'activité : salariée, hospitalière, PMI ou libérale) :

Nom de la structure et adresse de l'activité :	Date de début	Date de fin
1 - .....	...../...../.....	...../...../.....
.....	Type d'activité* : .....	
2 - .....	...../...../.....	...../...../.....
.....	Type d'activité* : .....	

\*Préciser si salariée, hospitalière, PMI ou libérale.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations figurant ci-dessus.

Fait à : ..... le : ...../...../.....

Signature :

**IMPORTANT**

- ✓ Selon l'article L.1142-2 du code de la santé publique, les sages-femmes libérales doivent souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle pour l'ensemble des actes et soins dispensés dans le cadre de leur activité.
- ✓ Les sages-femmes sont tenues d'informer le Conseil national de l'Ordre de tout changement de leur situation professionnelle ou de leur résidence, notamment en cas de modification de leurs coordonnées de correspondance, de prise ou arrêt de fonction supplémentaire, d'intégration au corps de réserve sanitaire, de cessation, temporaire ou définitive, d'activité (article R.4113-115 du code de la santé publique).
- ✓ Attention : vous ne pouvez remplacer que 2 sages-femmes à la fois.
- ✓ La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

**Toute déclaration incomplète vous sera retournée.**