

Changement d'adresse et/ou de statut Déclaration d'activité

NOM : **Prénom :** **N° ordre :**

Adresse domicile :

Tél : **Mail :**

Je déclare chacune de mes activités ci-après:

Activité principale	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse exacte du lieu d'exercice		
Mode d'exercice : - Assistant, collaborateur libéral, remplaçant - Nom du(des) titulaire(s) du cabinet indiquer exercice de groupe SCM, SCP, SEL		
	Date de début d'activité	Date de début d'activité
/...../...../...../.....
	Date de fin d'activité	
/...../.....	

Activité secondaire	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse exacte du lieu d'exercice		
Mode d'exercice : - Assistant, collaborateur libéral, remplaçant - Nom du(des) titulaire(s) du cabinet indiquer exercice de groupe SCM, SCP, SEL		
	Date de début d'activité	Date de début d'activité
/...../...../...../.....
	Date de fin d'activité	
/...../.....	

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ⁽¹⁾ ci-dessus.

Fait à : **Le :** **Signature :**

⁽¹⁾ Article R4321.143 du CSP : « Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil départemental de l'ordre par un masseur-kinésithérapeute peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels. »