**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***(1)**  *: - 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***(1)**  *: - 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 (2) ci-dessus.**

**Fait à : ……………………………… Le :………………………………………… Signature :**

***(1)***Fournir copie des contrats

***(2)****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. »*