

## ADELI - SIGNALEMENT DE CHANGEMENT DE SITUATION



Ce formulaire, **complété et signé**, est à renvoyer au service ADELI de l'ARS La Réunion :

- Soit par courriel : [ars-reunion-adel@ars.sante.fr](mailto:ars-reunion-adel@ars.sante.fr)  
- Soit par envoi postal : ARS La Réunion, Service ADELI (DRGOS), 2 bis avenue Georges Brassens, CS 61002, 97743 Saint Denis Cedex 9.

**Joindre la photocopie des pièces suivantes** : pièce d'identité, attestation d'inscription à l'ordre, bail professionnel et/ou contrat de collaboration en libéral ou autre.

### Votre identification au répertoire

Nom d'exercice (nom de jeune fille ou nom marital) :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Nom patronymique :

N° ADELI :

Téléphone :

Mail :

**Tout changement de résidence professionnelle hors des limites du département oblige à un nouvel enregistrement.**

**NOUVEAU NOM D'EXERCICE** (suite à mariage, divorce,...) :

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

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

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

**Motif** :

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

**JE REPRENDS MON ACTIVITÉ** – À partir de :

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

**JE SUIS EN RECHERCHE D'EMPLOI** – Depuis le :

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

### Activité PRINCIPALE :

Date installation :

LIBÉRALE

Cabinet individuel

Cabinet de groupe

SCP , SEL  : selarl , selafa , selca

Autre :

Statut : Collaborateur  Assistant  Autre

SALARIÉE- CDI  CDD

Commerçant

Bénévole

Employeur :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TÉLÉPHONE :

**N° SIRET du cabinet** :

N° SIRET de l'établissement :

Pour les assistants des services sociaux :

Polyvalent de secteur  Polyvalent de catégorie

Assistante Spécialisé  Encadrement

**Autres activités** :

### Activité SECONDAIRE :

Date installation :

LIBÉRALE

Cabinet individuel

Cabinet de groupe

SCP , SEL  : selarl , selafa , selca

Autre :

Statut : Collaborateur  Assistant  Autre

SALARIÉE- CDI  CDD

Commerçant

Bénévole

Employeur :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

TÉLÉPHONE :

**N° SIRET du cabinet** :

N° SIRET de l'établissement :

Pour les assistants des services sociaux :

Polyvalent de secteur  Polyvalent de catégorie

Assistante Spécialisé  Encadrement

**Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document** :  DATE :

**SIGNATURE** :