**Déclaration préalable d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct à *adresser***

***au conseil départemental du lieu où se situe le site***

 ***au plus tard deux mois avant le début d’activité***

***DUMENT REMPLIE ET ACCOMPAGNEE DE TOUT DOCUMENT UTILE***

*Article R. 4127-85 du code de la santé publique*

*modifié par le décret n° 2019-511 du 23 Mai 2019*

**I - Identification du déclarant**

Nom :………………………………………………………………………………………….....

Prénom : ………………………………………………………………………………………...

Inscription au Tableau de l’Ordre de :…………………………………….

Numéro d’inscription :

Qualification principale exercée :*(menu déroulant)*

Autres disciplines exercées (compétences, DESC du groupe 1, VAE ordinale, capacités, orientations) : …………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….

Adresse de correspondance :…………………………………………………………………

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune………………………………………………......

N° de téléphone |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ; |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

*Fixe Mobile*

Adresse électronique :…………………………………………………………………………..

**II – Adresse complète du site distinct pour lequel la déclaration est faite :**

…………………………………………………………………………………………………….

Date prévisionnelle de début d’activité : \_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

*(Attention dans le choix de la date, car le Conseil départemental dispose d’un délai deux mois à compter de la réception de la déclaration pour vous faire connaitre une éventuelle opposition par une décision motivée).*

**III- Nature de l’activité nouvelle sur le site distinct :**

- consultations (décrire): ……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

- actes médico techniques (décrire) : ………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………..

- actes chirurgicaux (décrire) : ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

- autres (décrire) : : ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

- continuité des soins (décrire) :

**IV- Renseignements sur l’activité au lieu de la résidence professionnelle et des autres sites déjà déclarés :**

Adresse de la résidence professionnelle habituelle (premier site)

……………………………………………………………………………………………………………

Autres sites d’exercice  :

* NON
* OUI

Nombre d’exercice en sites distincts :

1er site

Date de début d’activité : \_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Adresse du site :…………………………………………………..……................................

…………………………………………………………………………………………………...

2e site

Date de début d’activité : \_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Adresse du site :…………………………………………………..……................................

…………………………………………………………………………………………………...

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) sur la résidence professionnelle et les autres sites (tableau à compléter)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATIN** | **APRES MIDI** |
| LUNDI |   |   |
| MARDI |   |   |
| MERCREDI |   |   |
| JEUDI |  |   |
| VENDREDI |   |   |
| SAMEDI |   |   |
| DIMANCHE |   |   |

**V-Conditions de l’exercice sur le site distinct envisagé**

Qualité et sécurité des soins (contrats)

* Pour les consultations :

- moyens en personnel : ………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..

- matériels (*décrire le type de matériel existant et/ou prévu)* : ……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

* Pour les autres actes :

- moyens en personnel : ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

- matériels (*décrire le type de matériel existant et/ou prévu)* : ……………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Continuité des soins

Il s’agit de bien définir les dispositions qui sont prises pour assurer la continuité des soins sur chacun des différents sites, **rubrique à préciser avec beaucoup de soins, impérativement en joignant les justificatifs utiles***.*

Exemple : mesures contractuelles prévoyant la continuité des soins ou engagement écris et signés des confrères assurant la continuité des soins, dans les sites suivants :

**Au Domicile professionnel** :

**Autres sites distincts accordés** :

1er site

…………………………………………………………………………………………………...

2e site

…………………………………………………………………………………………………...

3e site

Je soussigné(e) (nom et prénom du déclarant)……………………………………certifie

* l'exactitude de l'ensemble des informations fournies ou jointes au présent formulaire et que toute modification de mes conditions d’exercice sera communiquée au conseil départemental de ma résidence professionnelle,
* que l’ouverture du site n’est pas contraire aux dispositions législatives et réglementaires.

Fait le \_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| à ……………………………………………..

Signature :

**Pièces à joindre** :

- toute pièce utile à l’examen de la déclaration

- le(s) projet(s) de contrat(s) relatifs à l’objet de la déclaration