

## ADELI- SIGNALEMENT DE CHANGEMENT DE SITUATION

### Tout changement de situation oblige à un nouvel enregistrement.

Le formulaire complété et signé doit être adressé au Service ADELI soit par :

- Messagerie ADELI : [ars-oi-adeli-reunion@ars.sante.fr](mailto:ars-oi-adeli-reunion@ars.sante.fr)
- Par voie postale : Agence de Santé Océan Indien, à l'attention du Service ADELI, 2 bis avenue Georges Brassens, CS 61002, 97743 - Saint-Denis Cedex 9.

Merci de joindre à ce formulaire une photocopie des documents suivants : pièce identité, inscription à l'ordre, bail professionnel et ou contrat de collaboration en libéral ou autre.

### Votre identification au répertoire ADELI

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

Prénom :    N° ADELI :

Profession :    Téléphone :

Adresse :

Mail :

**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 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  : selari , 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 :**

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

### **Activité SECONDAIRE :**

**Date installation :**

LIBÉRALE

Cabinet individuel

Cabinet de groupe

SCP , SEL  : selari , 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

**DATE :**

**SIGNATURE :**