



DEMANDE DE TRANSFERT DE RESIDENCE PROFESSIONNELLE
(à nous retourner dûment complétée accompagnée de votre pièce d'identité)

Je soussigné(e) : Mme Mr n°RPPS :

Nom(s) :

Prénom(s) :

Date de naissance : / /

Qualification /Spécialité envisagée dans le département de la nouvelle résidence professionnelle :

Adresse de correspondance :

Mail : Téléphone :

Demande le transfert de ma résidence professionnelle vers le département

Adresse de la dernière activité dans le département d'inscription :

Date de fin : / /

Activité prévue dans le **nouveau département** (préciser s'il ne s'agit que d'un projet, la demande de transfert engendrant une radiation du tableau) :

Nouvelles fonctions et Adresse de la nouvelle résidence professionnelle :

Type d'activité : Libérale Hospitalière Salariée Remplacement Retraité Autres

Adresse de domicile :

Date de début d'activité dans le nouveau département : / /

Afin d'être autorisé(e) à exercer provisoirement dans le département de ma nouvelle résidence jusqu'à ce que le Conseil départemental de l'Ordre des médecins se prononce sur mon inscription par une décision explicite, je m'engage à :

→Demander ma radiation de votre Tableau par lettre recommandée avec accusé de réception, laquelle sera effective à compter de la date de ma cessation d'activité dans le département ou à défaut à la date de ma demande de transfert (notamment si ma demande est postérieure à la date de fin de mon activité) ;

→Simultanément, à formaliser ma demande d'inscription auprès de mon nouveau conseil départemental de l'Ordre des médecins de ma nouvelle résidence professionnelle et à en aviser le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de mon ancienne résidence.

Si je ne formalise pas ma demande d'inscription auprès de mon nouveau conseil départemental, je note que je m'expose à DES POURSUITES POUR EXERCICE ILLEGAL DE LA MEDECINE dès lors que j'exerce la profession alors que le conseil départemental d'origine a prononcé ma radiation administrative de leur Tableau.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations figurant ci-dessus.

Date : / /

Signature :