

**Renseignement en vue d'une demande  
d'exercice sur un site distinct de la résidence professionnelle  
(art.R.4127-85 du code de la santé publique)**

<b>I – DEMANDE FORMULEE PAR :</b>  <b>Le Docteur .....</b>
--

Inscrit au tableau du Conseil départemental sous le n° : .....

Qualification : .....

**Merci de nous adresser une attestation d'inscription au Tableau de l'Ordre**  
(Pour les médecins inscrits hors du Var)

**Lieu de la résidence professionnelle principale :**

.....  
.....

**Adresse du site pour lequel l'autorisation est sollicitée  
Et la date prévue du début de l'activité**

.....  
.....

**Exercez-vous sur d'autres sites :**  Oui  Non

(Si oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous)

Nature de l'exercice (salariée, hospitalière, libérale)	Temps plein/ Temps partiel (nombre de vacations)	CDD/CDI	Adresse	Autorisation donnée <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Si une autorisation vous a été délivrée, préciser les dates et lieux d'autorisation et nous communiquer l'attestation

II – Renseignements sur le site et les modalités de **l'activité envisagée**

A : Critère(s) sur le(s)quel(s) est fondée la demande :

(Cochez la ou les cases concernées)

1- Argument démographique :  Oui  Non

Si oui, remplir la partie suivante :

- Besoins de la population :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Problème de démographie médicale<sup>2</sup> :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2- Argument technique :  Oui  Non

Si oui, remplir la partie suivante :

Nature de l'activité envisagée :  Consultations  Interventions

Si vous avez coché la case « interventions », veuillez répondre aux questions suivantes :

Quels sont les actes envisagés ?

.....  
.....  
.....

Provenance des patients :

.....  
.....

---

<sup>2</sup> Si vous estimez qu'il existe dans l'arrondissement ou les arrondissements limitrophes une carence ou une insuffisance de médecins

Ces actes nécessitent-ils :

- Un environnement adapté ?  Oui  Non

Si oui, lequel et pourquoi ?

.....  
.....  
.....

- L'utilisation d'équipements particuliers ?  Oui  Non

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....  
.....  
.....

Disposez-vous de ces équipements au lieu de votre résidence professionnelle habituelle ou sur un autre site d'exercice autorisé ?  Oui  Non

- La mise en œuvre de techniques spécifiques ?  Oui  Non

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....  
.....  
.....

- La coordination de différents intervenants ?  Oui  Non

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....  
.....  
.....

#### B : Conditions d'exercice sur le site

*Il est obligatoire de communiquer au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Var tous les contrats concernant votre exercice professionnel dans le Var, conformément à l'article L.4113-9 du code de la santé publique*

- Description de l'installation : (locaux, prise de rendez-vous, secrétariat, moyens en personnel et matériel disponible)

.....  
.....  
.....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 - Temps hebdomadaire consacré sur le site :  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 - Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et la réponse aux urgences sur ce site :  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

III – Renseignements sur l’activité à la **résidence principale habituelle**

Nature de l’activité :       Consultations       Interventions

Temps consacré :.....

Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et réponse aux urgences (secrétariat, portable, collaborateur disponible, etc.) sur le site habituel.

.....  
 .....  
 .....  
 .....

IV – Renseignements concernant l’activité sur les autres sites d’exercice autorisés

Cette rubrique est à remplir si vous exercez sur un autre lieu d’exercice que la résidence professionnelle principale. Si cette activité n’a pas été autorisée, vous devez vous rapprocher du Conseil départemental du lieu d’exercice.

- Première activité :

Nature de l’activité :       Consultations       Interventions

Temps consacré :.....

Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et réponse aux urgences (secrétariat, portable, collaborateur disponible, etc.) sur le site habituel.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Deuxième activité :

Nature de l'activité :       Consultations       Interventions

Temps consacré :.....

Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et réponse aux urgences (secrétariat, portable, collaborateur disponible, etc.) sur le site habituel.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Troisième activité:

Nature de l'activité :       Consultations       Interventions

Temps consacré :.....

Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et réponse aux urgences (secrétariat, portable, collaborateur disponible, etc.) sur le site habituel.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date :

Signature