

## ENREGISTREMENT DES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL ET DES ASSISTANTS DENTAIRES AU RÉPERTOIRE PARTAGE DES PROFESSIONNELS INTERVENANT DANS LE SYSTÈME DE SANTE (RPPS)

### **Encadrement juridique :**

*Les articles L. 1110-4, L. 1111-8, L. 1470-4 du code de la santé publique ;  
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;  
Le règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données (RGPD) ;  
L'arrêté du 12 juillet 2012 relatif à la mise en place d'un traitement de données à caractère personnel dénommé ADELI de gestion de l'enregistrement et des listes départementales de certaines professions et usages de titres professionnels ;  
L'arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS) s'appliquent aux réponses faites à ce formulaire.*

*Ils garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de l'Agence Régionale de Santé*

Madame, Monsieur,

Les informations que vous communiquez dans ce document serviront à :

- Vous enregistrer dans le Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), démarche obligatoire pour exercer votre profession réglementée ;
- Modifier les informations que vous avez précédemment communiquées ;
- Créer un dossier au sein du Portail d'enregistrement eRPPS<sup>1</sup> qui reflètera les éléments que vous aurez indiqués afin que vous puissiez obtenir votre numéro RPPS ;
- Accéder à des services numériques en santé. Votre eCPS (e-Carte Professionnel de Santé) sera établie à partir des informations enregistrées dans le RPPS et renseignées dans ce présent formulaire (mail et numéro mobile de la rubrique coordonnées de correspondance) ;
- Mettre à disposition du grand public et des destinataires autorisés les données du RPPS sur le site <https://annuaire.sante.fr/>, édité par l'Agence du Numérique en Santé (Voir article « Données personnelles » pour en savoir plus) ;
- Établir les listes départementales des praticiens, pour les assistants de service social l'insérer dans le recueil des actes administratifs (art. 222 et 223 du Code de la Famille et de l'Aide sociale, arrêté du 22 juillet 1982 modifié) ;
- Élaborer des statistiques nationales ;
- Mieux vous informer dans les cellules d'accueil, notamment pour la recherche d'un lieu d'implantation ;

<sup>1</sup> Pour toute question relative au fonctionnement du Portail d'enregistrement eRPPS mis en œuvre par l'Agence du Numérique en Santé, nous vous invitons à prendre connaissance de ses Conditions Générales d'Utilisation disponibles à l'adresse suivante : <https://esante.gouv.fr/securite/annuaire-sante/portail-eRPPS/CGU>

- Mieux vous informer sur la démographie de votre profession ;
- Mettre en place des dispositifs de défense et de protection sanitaire des populations civiles.

Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte aux informations obligatoires peut entraîner l'application d'une amende administrative.

Je vous remercie du soin que vous prendrez à compléter ce document et vous demande de bien vouloir m'informer de toute modification portant sur les informations que vous me communiquez.

*Le directeur général de  
l'Agence Régionale de Santé,*

*Pour vous faire enregistrer au répertoire RPPS, vous devez présenter vos **diplômes, certificats, titres ou autorisations**. De plus vous devez vous munir des pièces justifiant votre exercice professionnel : **contrat, fiche de paie, attestation employeur, ...***

Le symbole \* indique les champs **obligatoires**

### VOTRE ETAT CIVIL

Civilité *	<input type="checkbox"/>	Madame	<input type="checkbox"/>	Monsieur
Sexe *	<input type="checkbox"/>	Féminin	<input type="checkbox"/>	Masculin
Nom de naissance *				
Prénom *				
Deuxième prénom				
Troisième prénom				
Date de naissance * (JJ/MM/AAAA)				
Pays de naissance *				
Commune de naissance * (si France)				
Lieu de naissance * (si pays de naissance différent de France)				
Pays de nationalité *				

#### Pièce d'identité \*

Pour sécuriser votre authentification, nous vous demandons de fournir une copie en couleur d'un justificatif d'identité : carte d'identité recto-verso ou passeport au format **JPEG, PNG** ou **PDF**.

### VOS COORDONNEES DE CORRESPONDANCE

<b>Adresse</b>			
Point de remise			
Complément d'adresse (Entrée, Bâtiment, Immeuble, Résidence)			
N° de voie *	Ext.	Libellé de la voie *	
Lieu-dit, BP			
Code postal *			
Localité			
Pays *			
<b>Numéro de téléphone *</b>			
Numéro de téléphone fixe			
Numéro de téléphone portable			
<b>Adresse mail *</b>			

Obligatoirement l'un des deux numéros et de préférence le numéro de téléphone mobile, car il est nécessaire pour l'activation de votre e-CPS.

## Avertissement

Le fait de produire de faux diplômes est susceptible de caractériser le délit de faux prévu et réprimé par l'article 441-1 du Code pénal qui définit un faux comme « toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. »

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (C. pén. art. 441-1, al. 2). L'usage du faux, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende (article 433-17 du code pénal).

Si les conditions visées par le texte sont réunies, le salarié ayant fabriqué de faux diplômes présentés à l'employeur s'expose à une condamnation pénale.

Le défaut de diplôme nécessaire à l'exercice d'une profession réglementée constitue par principe une cause réelle et sérieuse de licenciement (Cass. soc. 14 juin 2007, n° 06-41637).

Il pourra vous être demandé à tout moment de présenter vos originaux de diplômes, attestations de formation ou stages, et pièces d'identité.

Le symbole \* indique les champs **obligatoires**

### VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Sélection d'une profession * (Cochez votre profession)	<input type="checkbox"/>	Assistant de service social	<input type="checkbox"/>	Assistant dentaire
Nom d'exercice *				
Prénom d'exercice *				

### VOTRE TITRE ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS (diplôme ou autorisation d'exercice)

<b>Quel document justifie l'exercice de votre profession ? *</b> (Cochez le document qui vous correspond et complétez les informations associées ci-dessous)			
<input type="checkbox"/>	Diplôme	<input type="checkbox"/>	Autorisation d'exercice
<i>Si diplôme</i>		<i>Si autorisation d'exercice</i>	
Date d'obtention du diplôme (JJ/MM/AAAA) *		Lieu d'obtention du diplôme étranger *	
Intitulé du diplôme *		Type d'autorisation *	
Lieu de formation *		Date de début d'autorisation (JJ/MM/AAAA) *	
Numéro de diplôme			

#### Copie du diplôme ou de l'attestation de réussite \*

Pour valider votre inscription et la déclaration de votre profession vous devez fournir une copie en couleur de votre diplôme ou de l'attestation de réussite au format **JPEG, PNG** ou **PDF**.

#### Copie de l'autorisation d'exercice \*

Pour valider votre inscription et la déclaration de votre profession vous devez fournir une copie en couleur de votre autorisation d'exercice fournie par votre autorité compétente au format **JPEG, PNG** ou **PDF**.

## ACTIVITÉS

Une activité correspond à un lieu d'exercice (sauf pour les bénévoles, les remplaçants libéraux et les salariés intérimaires où le lieu variable n'est pas enregistré).

*Si vous exercez dans plusieurs lieux vous avez autant d'activité que de lieux d'exercice*

**Important** : si vous avez plusieurs activités à déclarer, veuillez toutes les saisir

Cochez cette case si vous n'exercez aucune activité pour le moment

Cochez cette case si vous êtes retraité

## ACTIVITÉS EXERCÉES

<b>BÉNÉVOLE</b>	OUI	NON	Si oui : date de début d'activité * (JJ/MM/AAAA)
-----------------	-----	-----	--

<b>SALARIE INTÉRIMAIRE</b>	OUI	NON	Si oui : date de début d'activité * (JJ/MM/AAAA)
----------------------------	-----	-----	--

## ACTIVITÉS LIBÉRALES

**INDÉPENDANT OU TITULAIRE DE CABINET**

Secteur d'activité *			
Raison sociale *			
Enseigne			
Date de début d'activité * (JJ/MM/AAAA)			
Point de remise			
Complément d'adresse (Entrée, Bâtiment, Immeuble, Résidence)			
<b>N° de voie *</b>	Ext.	<b>Libellé de la voie *</b>	
Lieu-dit, BP			
Code postal *			
Localité			
Pays *			
<b>Numéro de téléphone *</b>	Numéro de téléphone fixe		Numéro de téléphone portable
<b>Adresse mail *</b>			

### Copie d'un justificatif de votre situation d'exercice \*

Pour valider votre inscription et la déclaration de votre activité professionnel en tant qu'indépendant ou titulaire de cabinet, vous devez fournir une copie en couleur de votre **avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois OU d'un extrait Kbis actualisé de moins de 3 mois** au format **JPEG, PNG** ou **PDF**.

ASSOCIE DANS UNE SOCIÉTÉ D'EXERCICE LIBERAL

Nom de l'établissement *	
N° FINESS * (OU)	
N° SIRET	
Date de début d'activité * (JJ/MM/AAAA)	
Adresse postale * (N° et libellé de la voie)	
Code postal *	
Localité	
Pays *	

**Copie d'un justificatif de votre situation d'exercice \***

Pour valider votre inscription et la déclaration de votre activité professionnel en tant qu'associé dans une société d'exercice libéral, vous devez fournir une copie en couleur au format **JPEG, PNG** ou **PDF** :

- de votre **statuts définitifs de la société OU un acte de rachat de parts sociales** (le cas échéant) dans le cadre d'une nouvelle activité
- d'un **avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois OU d'un extrait Kbis actualisé de moins de 3 mois** dans le cadre d'un déménagement de la structure de l'activité.

**ACTIVITÉS SALARIÉES**

SALARIE EN STRUCTURE LIBÉRALE

N° RPPS du titulaire du cabinet *	
Raison sociale du cabinet *	
N° SIRET	
Date de début d'activité * (JJ/MM/AAAA)	
Adresse postale * (N° et libellé de la voie)	
Code postal *	
Localité	
Pays *	

**Copie d'un justificatif de votre exercice de salarié en structure libérale \***

Pour valider votre inscription et la déclaration de votre activité professionnel en tant que salarié dans une structure libérale, vous devez fournir une copie en couleur au format **JPEG, PNG** ou **PDF** :

- de votre **contrat de travail salarié OU d'une fiche de paie de moins de 3 mois** dans le cadre d'une nouvelle activité
- d'une **fiche de paie de moins de 3 mois OU d'un avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois OU d'un extrait Kbis actualisé de moins de 3 mois pour les cabinets OU d'une attestation employeur du changement d'adresse** dans le cadre d'un déménagement de la structure de l'activité.

**AUTRE ACTIVITE DE SALARIE EN STRUCTURE LIBÉRALE** + copie d'un justificatif de l'exercice

N° RPPS du titulaire du cabinet *	
Raison sociale du cabinet *	
N° SIRET	
Date de début d'activité * (JJ/MM/AAAA)	
Adresse postale * (N° et libellé de la voie)	
Code postal *	
Localité	
Pays *	

**SALARIE EN STRUCTURE NON LIBÉRALE**

Nom de l'établissement *	
N° FINESS et/ou N° SIRET *	
Date de début d'activité * (JJ/MM/AAAA)	
Adresse postale * (N° et libellé de la voie)	
Code postal *	
Localité	
Pays *	

**Copie d'un justificatif de votre exercice de salarié en structure non libérale \***

Pour valider votre inscription et la déclaration de votre activité professionnel en tant que salarié dans une structure non libérale, vous devez fournir une copie en couleur au format **JPEG, PNG** ou **PDF** :

- de votre **contrat de travail salarié OU d'une fiche de paie de moins de 3 mois** dans le cadre d'une nouvelle activité
- d'une **fiche de paie de moins de 3 mois OU d'un avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois OU d'une attestation employeur de changement d'adresse** dans le cadre d'un déménagement de la structure de l'activité.

**AUTRE ACTIVITE DE SALARIE EN STRUCTURE NON LIBÉRALE** + copie d'un justificatif de l'exercice

Nom de l'établissement *	
N° FINESS et/ou N° SIRET *	
Date de début d'activité * (JJ/MM/AAAA)	
Adresse postale * (N° et libellé de la voie)	
Code postal *	
Localité	
Pays *	

## Données personnelles

Le RPPS a pour finalité le partage d'informations de référence sur l'ensemble des professionnels du secteur sanitaire, social ou médico-social, dès lors qu'ils interviennent ou sont susceptibles d'intervenir dans le système de santé.

Ce traitement de données à caractère personnel est mis en œuvre dans le cadre d'une mission d'intérêt public et en application des dispositions de l'arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS).

Conformément aux dispositions de l'arrêté précité, le RPPS est composé de données librement communicables au public et de données dont l'accès est réservé à certaines catégories de destinataires.

Les données en accès libre et en accès restreint sont mises à disposition des acteurs suivants :

- Les services du ministère chargé des solidarités et de la santé ;
- Les agences régionales de santé ;
- Le service de santé des armées et les autres autorités employeurs des professionnels mentionnés aux articles L. 4112-6 et L. 4222-7 du code de la santé publique ;
- Les conseils des ordres professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers ;
- Les autorités chargées de la santé ainsi que les représentants de l'État dans les collectivités d'outre-mer ;
- La Caisse nationale d'assurance maladie et, pour les professionnels relevant du ressort territorial de ces collectivités, les organismes en charge du régime d'assurance maladie des collectivités d'outre-mer ;
- Le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique ;
- Les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses générales de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer ;
- Les services de l'État, autres que ceux mentionnés au 1° ;
- Les établissements publics, groupements et autres organismes créés par la loi ou le règlement dans les domaines sanitaire, médico-social et social ;
- Les organismes et établissements scientifiques ayant pour mission d'agir pour le développement et la diffusion des connaissances dans les domaines sanitaire, médico-social et social.

Les données en accès libre sont mises à disposition du grand public. Les services de l'Agence du Numérique en Santé, gestionnaire du RPPS, éditent le site <https://annuaire.sante.fr>, qui permet au public d'accéder librement à ces données.

Les données à caractère personnel du RPPS sont conservées pendant une durée de vingt ans à compter de la radiation ou de la fin d'activité du professionnel. Les documents et informations nécessaires à la gestion du répertoire, mentionnées au III de l'article 4 de l'arrêté, sont conservées pendant une durée d'un an à compter de leur collecte.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (RGPD), les professionnels intervenant dans le système de santé bénéficient d'un droit d'accès, d'un droit de rectification et d'un droit de limitation du traitement.

En application de l'arrêté RPPS, les professionnels intervenant dans le système de santé ne disposent pas du droit de s'opposer à l'enregistrement de leurs données et à la communication au public des données du RPPS.

Pour toute question relative au traitement de vos données à caractère personnel, nous vous invitons à contacter l'Agence Régionale de Santé en charge de votre enregistrement.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) d'une réclamation sur son site internet (téléservice de plainte en ligne) ou par courrier postal à l'adresse suivante : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

## RÉCAPITULATIF DES PIÈCE JUSTIFICATIVES

Section	Pièces justificatives à fournir		Oui / Non
<b>État civil</b>	Carte Nationale d'Identité – CNI		<input type="checkbox"/>
	Passport		<input type="checkbox"/>
<b>Diplôme et autorisation d'exercice</b>	Diplôme		<input type="checkbox"/>
	Attestation		<input type="checkbox"/>
	Autorisation d'exercice délivrée par l'autorité compétente		<input type="checkbox"/>
<b>Activité</b>	<b>Titulaire de cabinet ou Indépendant</b>	<b>Nouvelle activité</b> Avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois <b>OU</b> Extrait Kbis actualisé de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
		<b>Déménagement de la structure d'activité</b> Avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois <b>OU</b> Extrait Kbis actualisé de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
	<b>Associé dans une SEL</b>	<b>Nouvelle activité</b> Statuts définitifs de la société <b>OU</b> Acte de rachat de parts sociales (le cas échéant)	<input type="checkbox"/>
		<b>Déménagement de la structure d'activité</b> Avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois <b>OU</b> Extrait Kbis actualisé de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
	<b>Salarié dans une structure non libérale</b>	<b>Nouvelle activité</b> Contrat de travail salarié <b>OU</b> Fiche de paie de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
		<b>Déménagement de la structure d'activité</b> Fiche de paie de moins de 3 mois <b>OU</b> Avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois <b>OU</b> Attestation de l'employeur du changement d'adresse	<input type="checkbox"/>
	<b>Salarié dans une structure libérale</b>	<b>Nouvelle activité</b> Contrat de travail salarié <b>OU</b> Fiche de paie de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
		<b>Déménagement de la structure d'activité</b> Fiche de paie de moins de 3 mois <b>OU</b> Avis de situation au répertoire Sirene de moins de 3 mois <b>OU</b> Extrait Kbis actualisé de moins de 3 mois pour les cabinets <b>OU</b> Attestation employeur changement d'adresse	<input type="checkbox"/>

Nous vous invitons à déposer votre dossier comprenant ce formulaire dûment signé ainsi que l'ensemble des pièces justificatives (Identité, diplôme, activité, ...) auprès de votre ARS.

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

Date (JJ/MM/AAAA) :

Signature :