REMPLAÇANT : AUXILIAIRE MEDICAL NON INSTALLE
Demande d'attribution de Carte de Professionnel de Santé
F Auxiliaire médical non installé

AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ
La transformation commence ici

1. Identification du porteur

N° ADELI									

Civilité	◯ M. ◯ Mme			
Nom de famille				
Prénom(s)				
Nom d'usage				
Prénom usuel				
Profession	◯ Orthophoniste ◯ Orthoptiste			
Langues parlées par ordre de préférence				
Adresse de correspondance	N°		Type de voie (avenue, rue...)	
	Libellé de la voie			
	Code postal		Commune	
	Pays			
Adresse courriel				
Téléphone				

☐ Je certifie avoir lu et accepté les conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique.

☐ Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.

Date Signature du Professionnel de Santé	Date Cachet de l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté, avec le cachet de l'ARS,** à l'adresse mail suivante :
monserviceclient.cartes.remplacant@asipsante.fr
Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.

Les données à caractère personnel recueillies via ce formulaire sont collectées et conservées par l'Agence du Numérique en Santé aux fins de traitement des commandes et de gestion de la relation client. Pour exercer vos droits d'accès, de rectification, de suppression ou d'opposition pour motif légitime : dpo@esante.gouv.fr.