

ENREGISTREMENT DES PSYCHOLOGUES AU RÉPERTOIRE ADELI

Agence Régionale de Santé



Madame, Monsieur,

Les informations que vous communiquez dans ce document serviront à :

- Vous transmettre, en retour, la fiche reflétant les éléments que vous aurez indiqués et comportant votre numéro ADELI;
- Établir la liste départementale des praticiens et l'insérer dans le recueil des actes administratifs conformément à l'article 57 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins et à l'arrêté du 14 novembre 2002 modifiant l'arrêté du 27 mai 1998 relatif à la mise en place d'un nouveau traitement automatisé de gestion des listes départementales des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, des praticiens autorisés à faire usage du titre d'ostéopathe, des professions réglementées par le code de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale ;
- Mieux vous informer sur la démographie de votre profession ;

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 Générale de
L'Agence Régionale de Santé*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de l'Agence Régionale de Santé

*Pour vous faire enregistrer au répertoire ADELI, vous devez présenter vos
diplômes, certificats, titres ou autorisations.
(Originaux)*



ÉTAT CIVIL

Mme
 Melle
 M

Veuillez indiquer votre nom d'exercice

Prénoms

Souligner le prénom usuel

Nom de naissance

Lieu de naissance

Commune

Dépt

Date

(JJ-MM-AA)

Votre nationalité

Française
 UE, AELE, EEE *précisez*
 Autre

Votre domicile

Code postal

Commune

Tél.

e-mail

Langues parlées

SITUATION PROFESSIONNELLE

Première année d'activité diplômée

Votre département d'exercice précédent

Votre situation professionnelle

- 10 libéral exclusif (ou intégral)
 20 salarié exclusif (ou intégral)
 30 activité mixte (libérale ou salariée)
 40 autre actif (n'exerçant pas, bénévole)
 60 retraité
 70 autre inactif

TITRES ET QUALIFICATIONS PROFESSIONNELS

Diplôme autorisant l'exercice

Date d'obtention

Lieu d'obtention

Type de diplôme donnant droit à l'exercice de la profession :

- 1 licence + maîtrise + DESS en psychologie
- 2 licence + maîtrise + diplôme équivalent DESS
- 3 licence + maîtrise + DEA + stage certifié
- 4 liste réglementaire des diplômes validants Décret 90-255
- 5 autorisation diplôme UE et hors UE
- 6 autorisation préfectorale Décret 90-255
- 7 usage restreint du titre de psychologue Arrêté du 14 janvier 1993

Avez-vous une spécialisation ?

Non
 Oui

- psychologie clinique et psychopathologie
 psychologie sociale et psychosociologie
 psychologie dans l'éducation nationale (DEPS - DECOP)
 psychologie du développement
 psychologie du travail et des organisations
 psychologie en gérontologie
 autre spécialisation

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXERCÉES

Remplissez les cadres correspondant à vos activités - Cochez d'une croix **vosre activité principale** - à laquelle vous consacrez, actuellement, le plus de temps.

ACTIVITÉS DU SECTEUR LIBÉRAL

<input type="checkbox"/> EXERCICE EN CABINET	Individuel <input type="checkbox"/> de groupe, SCM, association <input type="checkbox"/>				
Nom ou raison sociale	_____	Date installation	_____		
Adresse	_____	Société d'exercice :			
_____	_____	SCP <input type="checkbox"/>	SEL <input type="checkbox"/>	SELARL <input type="checkbox"/>	
Code postal	Commune	SELAFA <input type="checkbox"/>	SELCA <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
Tél.	_____	Fax	_____	N° SIRET de la société	
e-mail	_____				
<input type="checkbox"/> cabinet secondaire	ou	<input type="checkbox"/> autre implantation de la société	_____		
Adresse	_____				
_____	_____				
Code postal	Commune	Tél.	_____	Fax	_____
e-mail	_____				

ACTIVITÉS SALARIÉES

<input type="checkbox"/> EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS (public ou privé)					
Nom ou raison sociale	_____	Date prise de fonction	_____		
Adresse	_____				
_____	_____				
Code postal	Commune	Tél.	_____	Fax	_____
e-mail	_____				

<input type="checkbox"/> AUTRE EXERCICE SALARIÉ	N° SIRET de la société		
Nom ou raison sociale	_____	_____	
Adresse	_____		
_____	_____		
Code postal	Commune	Date prise de fonction	_____
Tél.	_____	Fax	_____
e-mail	_____		

RÉSERVÉ à l'ARS	
Date d'enregistrement	_____
Numéro ADELI	_____

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document.	
Date	_____
Signature :	