

ENREGISTREMENT DES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL 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 assistants de service social et 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.

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,*

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 des professions de santé,
vous devez présenter vos **diplômes, certificats, titres ou autorisations.**
(Originaux)*



ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

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.

Langues parlées

DIPLÔME ET EXERCICE DE LA PROFESSION

Première année d'activité diplômée

Votre département d'exercice précédent

Si vous avez plusieurs activités, veuillez en indiquer le nombre :

Vous avez obtenu :

le diplôme

N°

ou

une autorisation d'exercer

Date d'obtention

Lieu d'obtention

(JJ-MM-AA)

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXERCÉES

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

<input type="checkbox"/> ACTIVITÉ PRINCIPALE	
Nom ou raison sociale de l'employeur	Date installation ou prise de fonction
Adresse	Mode d'exercice :
Code postal	<input type="checkbox"/> Polyvalent de secteur
Commune	<input type="checkbox"/> Polyvalent de catégorie
Tél.	<input type="checkbox"/> Assistant spécialisé
Fax	<input type="checkbox"/> Fonction d'encadrement
e-mail	

<input type="checkbox"/> ACTIVITÉ SECONDAIRE	
Nom ou raison sociale de l'employeur	Date installation ou prise de fonction
Adresse	Mode d'exercice :
Code postal	<input type="checkbox"/> Polyvalent de secteur
Commune	<input type="checkbox"/> Polyvalent de catégorie
Tél.	<input type="checkbox"/> Assistant spécialisé
Fax	<input type="checkbox"/> Fonction d'encadrement
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 :

ART. 222 ET 223 DU CODE DE LA FAMILLE ET DE L'AIDE SOCIALE

Les assistantes, assistants ou auxiliaires de service social sont tenus, dans le mois qui suit leur entrée en fonction, de faire enregistrer à la préfecture leur diplôme, brevet, titre ou certificat.

Tout changement de résidence professionnelle hors des limites du département oblige à un nouvel enregistrement. La même obligation s'impose aux personnes qui, après plus de deux ans d'interruption, veulent reprendre l'exercice de leur profession.

Dans chaque département, le préfet dresse annuellement la liste des personnes qui exercent régulièrement une des professions visées au présent chapitre en indiquant la date et la nature des diplômes, titres ou certificats dont elles sont effectivement pourvues.

Cette liste est insérée au recueil des actes administratifs de la préfecture. Elle est remise au directeur départemental de la population qui la tient à la disposition des intéressés. Une copie certifiée en est adressée au ministre de la Santé publique et de la Population.

IMPORTANT

**Vous remplirez ce questionnaire page 2 et page 3.
Imprimez-le en double et gardez-en 1 exemplaire.**

Imprimez cette page pour suivre les instructions

1 - Enfoncez la touche **TAB** : vous pourrez avec cette touche descendre d'une zone de remplissage à la suivante. Vous passerez aussi dans les cases à cocher, que vous pourrez cocher avec la touche **ENTRÉE**.

2 - Pour remonter d'une zone à l'autre : **MAJ+TAB**.

3 - Vous pouvez également **cliquer** directement dans les zones à renseigner et dans les cases à cocher choisies.

4 - Pour **décocher** une case non obligatoire : cliquer dans la case ou appuyer sur la touche **ENTRÉE**.

6 - Lorsque vous imprimerez, **décochez** dans la fenêtre **IMPRIMER** la case "Commentaires" ou "Annotations".

7 - N'oubliez pas la **SIGNATURE** (à la main) dans la zone prévue.

8 - En bas de la page 3, un bouton **EFFACER TOUT** vous permet de vider les zones de leurs données et de retrouver un formulaire vierge.