

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
VACATAIRES**

**ETAT CIVIL**

Nom patronymique: ..... Prénom(s) : .....

Nom usuel : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Situation familiale.....depuis le .....

Numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale / INSEE : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° de téléphone : .....

Adresse mail : .....

**DIPLOMES** : (Intitulés et dates d'obtention – titres universitaires, certificats de spécialité, titres et fonctions hospitalières)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**N° d'inscription à l'ordre des médecins :** .....

**N° RPPS :** .....

**N° d'inscription sur le fichier ADELI :** .....

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

Vous exercez :

- exclusivement pour le Département
- pour plusieurs employeurs (1)   
*(Veuillez compléter le tableau ci-dessous*
- à titre libéral (2)

(1)

<i>Organisme/Employeur Adresse</i>	<i>Moyenne d'heures mensuelles</i>	<i>Statut</i>

(2) Vous exercez à titre libéral, veuillez indiquer votre adresse professionnelle :

.....

.....

Code postal : ..... Commune.....

Téléphone professionnel : .....

Fait à , le

Signature :

**DISCRETION PROFESSIONNELLE**

Je soussigné (e) .....

m'engage à respecter l'obligation de discrétion professionnelle pour tout ce qui concerne les faits et informations dont j'aurai connaissance dans l'exercice de mes fonctions.

*Date et Signature*