

ENREGISTREMENT DES PSYCHOLOGUES AU RÉPERTOIRE *ADELI*

Direction départementale
des Affaires sanitaires et sociales



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 départemental
des Affaires sanitaires et sociales,*

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 la Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales.

*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 **votre 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 _____	Date prise de fonction _____

Code postal _____ Commune _____	
Tél. _____ Fax _____	
e-mail _____	

RÉSERVÉ à la DDASS
Date d'enregistrement _____
Numéro ADELI _____

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