



ANNEXE 3 : FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION D'AIDE SPECIFIQUE A L'INSTALLATION (ASI)

Présentation du médecin

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Inscrit au tableau de l'ordre départemental de :

Date d'inscription au tableau :

Numéro RPPS :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro SIRET :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Statut : Titulaire/Associé.....

Date d'installation :

Adresse Professionnelle :

Mail :

Téléphone :

Attestation

J'atteste sur l'honneur m'engager à :

- exercer en libéral conventionné, secteur 1, pour une durée de 5 ans minimum,
 - o au sein de la commune de actuellement classée en Zone d'Action Complémentaire dans le zonage médecin en vigueur à ce jour
 - o pour une activité temps partiel (a minima 2,5 jours/semaine) ou une activité à temps plein (au moins 8 demi-journées / semaine) à savoir les :
.....
- participer au dispositif de Permanence des Soins Ambulatoires

Date

Signature



ANNEXE 3 : FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION D'AIDE SPECIFIQUE A L'INSTALLATION (ASI)

Liste des pièces à fournir

- Projet de santé formalisé par les membres du groupe, de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, de l'Equipe de Soins Primaires ou de la Maison de santé pluriprofessionnelle datant de moins de 5 ans ou lettre d'engagement à exercer en mode d'exercice coordonné dans les 5 ans
 - Liste des professionnels de santé impliqués dans le projet de santé, le cas échéant
 - Dérogation du CDOM pour l'exemption de Permanence des soins ambulatoires (le cas échéant)
 - Relevé d'Identité Bancaire(RIB)
 - Certificat d'inscription SIRET
-
- Votre formulaire d'adhésion est à renvoyer à l'ARS à votre correspondant de délégation départementale ([coordonnées p.9 du guide des aides](#)).