

1^{ère} demande

Renouvellement n°

Identification du demandeur :

NOM :

Prénom :

Spécialité :

Lieu d'exercice pour lequel l'assistantat est sollicité :

Site principal :

Site distinct :

L'assistantat ne peut avoir lieu qu'à proportion de votre temps d'activité sur ce site distinct.

Identification de l'assistant :

NOM :

Prénom :

Spécialité :

Statut (remplaçant ...)

Motif de la demande :

Besoins de santé publique (pénurie médicale, épidémie ...)

Précisez :

Afflux exceptionnel de population – surcharge de travail (départs non remplacés dans le cabinet ou le secteur ...)

Précisez :

Raisons de santé :

Précisez :

Autre :

Modalités de l'assistantat :

Période sollicitée (*préciser les dates exactes - maximum 3 mois*) : du _____ au _____

Journées (ou demi-journées) à préciser impérativement :

Projet à l'issue de l'assistantat (installation dans le cabinet ...) :

Pièce à joindre : Contrat d'assistant signé des deux parties

Fait à _____

Signature du demandeur

Le _____

Cadre réservé à l'Ordre

Date réception :

Remarques :

Validation demande :

Date séance plénière :