



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,
 - au sein de la commune de actuellement classée en Zone d'Action Complémentaire dans le zonage médecin en vigueur à ce jour
 - 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 (a minima 4 gardes / an) et/ou s'inscrire au Service d'Accès aux Soins (SAS)

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
- Attestation sur l'honneur vous engageant à ne pas bénéficier d'une aide de la même catégorie pour le financement d'une nouvelle installation, que celle-ci ait lieu dans la même zone sous-dense ou dans une autre zone de cette nature, qu'à l'expiration d'un délai de 10 ans (décret n°2025-231 du 12 mars 2025 relatif aux aides financières à l'installation des professionnels de santé)

- Votre formulaire d'adhésion est à renvoyer à l'ARS à votre correspondant de délégation départementale