



**IMPRIME C5**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Direction de l’Offre de Soins** |
| **Pôle Ville-Hôpital** |
| **Département Contractualisation-Autorisation****Service régional des transports sanitaires** |
| **Cellule agrément** |

**FICHE DE LIAISON POUR ENTREE ET/OU SORTIE DE PERSONNEL**

**D’UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS SANITAIRES**

***Référence réglementaire :***

*-R.6312-17 du code de la santé publique d’après lequel l’ARS doit être informée sans délai de toute modification de la liste du personnel*

**Je soussigné,** 🗆 **Madame,** 🗆 **Monsieur, le représentant légal**

**de l’entreprise de transports sanitaires**

**située**

**Coordonnées de la société : Tél : ………………………… Courriel :**

**Déclare employer à compter du  …………/…….…/…………….**

🗆 **Madame** 🗆 **Monsieur Nom : Prénom : ………………………………………**

**En tant que** 🗆 CCA/DEA/DA 🗆 auxiliaire ambulancier, 🗆 PSC1 🗆 conducteur d’ambulance

 🗆 autre, préciser **…………………………….……**

**Type de contrat** 🗆 CDI 🗆 CDD du **……………….……** au **……………….……** 🗆 Occasionnel

**A (quotité de temps de travail)** 🗆 100% 🗆 50% 🗆 autre, préciser **……………………….……**

**Déclare ne plus employer à compter du ……………/……………/…………..**

🗆 **Madame** 🗆 **Monsieur Nom : Prénom : …………………………….……**

|  |  |
| --- | --- |
| Liste des pièces à joindre à cet envoi et à transmettre au :**Service régional des transports sanitaires** **De l’Agence régionale de santé Ile-de-France****Immeuble l’Européen 1/7 promenade Jean Rostand****93005 Bobigny cedex****ARS-IDF-DOS-TS@ars.sante.fr** | **Partie réservée à l’ARS IDF** |
| Copie du diplôme |  |
| Copie de l’attestation de formation aux gestes et soins d’urgence de niveau 2 (pour les DEA et les AA) et/ou recyclage en cours de validité |  |
| Copie recto/verso du permis de conduire |  |
| Copie de l’attestation préfectorale d’aptitude à la conduite d’une ambulance ou de l’avis médical délivré et validé par la Préfecture (CERFA n°14880\*01) en cours de validité |  |
| Contrat de mise à disposition (le cas échéant) |  |
| **Date de la demande :** | **Signature du représentant légal :** |