

# Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la CORREZE

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Docteur ....., demande mon inscription au tableau de l'Ordre des médecins du département de .....

- J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie médicale et je fais serment de le respecter.
- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations renseignées et m'engage à signaler au Conseil départemental de l'Ordre des médecins sous un délai d'un mois toute modification de la situation que j'aurais déclarée et à répondre à toute demande de renseignements émanant de l'ordre des médecins.
- Je reconnais être informé(e) que le défaut de réponse aux questions dans la démarche d'inscription en ligne est susceptible d'entraîner un refus d'inscription et que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites disciplinaires pour les médecins inscrits (article R. 4127-110 du code de la santé publique) ou pénale (article L. 4163-8 du code de la santé publique et articles 441-1 et suivants du code pénal).
- Je reconnais être informé(e) que :  
Les informations recueillies, dans la démarche d'inscription en ligne et dans le cadre de mises à jour ultérieures, sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ordre des médecins. Le responsable de ce traitement est l'ordre des médecins.

Les données recueillies sont utilisées pour les finalités suivantes :

- ✓ tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicités leur inscription ;
- ✓ répondre à l'obligatoire prévue aux articles L. 4113-2 et D. 4113-121 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'ordre ;
- ✓ établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'ordre et d'informations relatives aux missions de l'ordre des médecins ;
- ✓ réaliser des études démographiques avec des données pseudonymisées.

La base légale du traitement est le respect d'obligations légales.

- Je consens à recevoir diverses informations ordinales strictement liées à l'exercice de la profession.

### **Si vous êtes tenu de souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code la santé publique) :**

- J'affirme sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile professionnelle en application de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique.

Date

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

*Ces données sont destinées à l'Ordre des médecins et au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS, conformément à l'obligation de tenir à jour le RPPS prévue aux articles D. 4113-117 et suivants du code de la santé publique.*

*Elles peuvent également être communiquées, lorsque nécessaire, aux instances représentatives de la profession des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi qu'à celles établies hors Union européenne.*

*Les données collectées ne sont pas revendues. Les données non publiques au sens de l'arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) ne sont pas partagées avec des tiers non autorisés. Dans le cadre de ses missions, l'ordre peut être amené à les partager avec des sous-traitants respectant les mesures de sécurité nécessaires.*

*Les données sont conservées pendant 20 ans à compter de la date de radiation.*

*Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ou encore d'opposition sous certaines conditions.*

*Vous pouvez exercer vos droits auprès de votre Conseil départemental. Si vous n'êtes pas satisfait par la réponse apportée, vous porter une réclamation à la CNIL, le cas échéant.*