Démarche : Demande de confirmation des autorisations suite à cession

Organisme : ARS ARA - DOS - Pôle planification sanitaire

## Identité du demandeur

Email	
Etablissement SIRET	
Dénomination	
Forme juridique	

## **Formulaire**

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de compléter avec attention ce formulaire de demande de confirmation des autorisations suite à cession proposé dans une logique de simplification et de qualité de service.

Après avoir complété ce formulaire de présentation de votre demande, vous pourrez déposer en pièce jointe le dossier justificatif dont le contenu doit répondre aux prescriptions de l'article R6122-32-1 du code de la santé publique (https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\_lc/LEGIARTI000038443860), ainsi que l'article R6122-35 (acte de cession) https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036627598/2018-02-22/.

Pour faciliter le traitement de votre demande, je vous invite à procéder à deux dépôts distincts: -d'une part, déposer un export PDF de votre dossier justificatif depuis votre logiciel de traitement de texte (Word, Writer...)

- et d'autre part à déposer les annexes au format qui vous conviendra.

Cette procédure a vocation à remplacer définitivement la version papier de vos demandes d'autorisations mais ne modifie pas la procédure de traitement habituelle.

Merci d'établir un formulaire par demande d'autorisation.

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de l'Agence Régionale de Santé.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 (décret 2018-687 du 1er août 2018), vous pouvez accéder aux données vous concernant. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

Numéro de département de l'entité géographique Cochez la mention applicable, une seule valeur possib 01	
03	
П	

Demande de confirmation des autorisations suite à cession
<u></u>
☐ 26
□ 38
☐ 42
☐ 43
☐ 63
☐ 69
73
74
Personne contact
Nom
Prénom
Fonction exercée
Téléphone
<b>E-mail</b> Mail de contact pour échanges avec ARS ARA
Entité juridique
Numéro Finess EJ
Raison sociale
Entité établissement
Numéro FINESS géographique ET Différent du numéro EJ, vous pouvez le trouver dans l'annexe de l'arrêté d'autorisation
Nom du site

## Demande de confirmation des autorisations suite à cession Demande de confirmation suite à cession

Activités de soins et/ou EML Veuillez préciser les activités de soins (avec leur modalité et forme) et/ ou EML concernés par la confirmation suite cession
Dossier d'autorisation
Dossier d'autorisation Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Pièces jointes
Possibilité de joindre plusieurs pièces en cliquant sur "ajouter un élément pour dossier d'autorisation"
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  ☐ Pièces jointes
Possibilité de joindre plusieurs pièces en cliquant sur "ajouter un élément pour dossier d'autorisation"
Pièce justificative à joindre en complément du dossier  Pièces jointes
Possibilité de joindre plusieurs pièces en cliquant sur "ajouter un élément pour dossier d'autorisation"
Engagements
Je soussigné le représentant légal de l'établissement précité, déclare sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées Les informations fournies sur ce document engagent l'entière responsabilité du représentant légal et doivent correspondre à la réalité de la situation exacte de l'établissement
Cochez la mention applicable  Oui
□ Non
Signature (nom et prénom) du représentant légal