

Démarche : TS - Mouvement de personnels entrants

Organisme : ARS ARA - le service transports sanitaires

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire vous permet de déclarer l'embauche d'un nouveau salarié ou le renouvellement d'un contrat à durée déterminée.

A noter que dans le cas où l'un de vos salariés viendrait à changer de fonction et donc de contrat dans l'entreprise, ce changement doit être signalé via ce formulaire.

### DECLARANT

#### Numéro de département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 03

☐ 07

☐ 15

☐ 26

☐ 38

☐ 42

☐ 43

☐ 63

☐ 69

☐ 73

☐ 74

## TS - Mouvement de personnels entrants

### Quotité de travail par lieu d'implantation

#### Adresse du lieu d'implantation

Adresse du local d'accueil des patients et de garage

### Quotité de travail se rapportant à ce lieu

Inscrire la valeur sans le symbole %. exemple : 40

### Adresse du lieu d'implantation

Adresse du local d'accueil des patients et de garage

### Quotité de travail se rapportant à ce lieu

Inscrire la valeur sans le symbole %. exemple : 40

### Adresse du lieu d'implantation

Adresse du local d'accueil des patients et de garage

### Quotité de travail se rapportant à ce lieu

Inscrire la valeur sans le symbole %. exemple : 40

### Raison sociale

### Numéro d'agrément

Saisir le numéro d'agrément sans caractères spéciaux (/ -)

ATTENTION : Indiquer le numéro d'agrément du siège social du département

## DECLARATION DE SALARIE

### Nom du salarié

### Nom de naissance

## TS - Mouvement de personnels entrants

**Prénom**

**Date de naissance**

**Qualification**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 1- Ambulancier : DEA/DA/CCA

☐ 2- Pompiers

☐ 3- Auxiliaire ambulancier

☐ 3- Professions réglementées Auxiliaires médicaux

☐ 3- PSC1 ou carte d'Auxiliaire sanitaire

☐ 4- Conducteur d'ambulance

**Quotité de travail**

Ex : 50 pour un mi-temps (50%) et 100 pour un temps plein (100%)

**Date de début de contrat**

**Nature du contrat**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ CDD

☐ CDI

**Date de fin de contrat**

**Date de fin de validité de l'attestation préfectorale (TARS)**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Habilitation à la conduite d'ambulance (TARS) validée par la préfecture

En format pdf.

**Date de fin de validité de l'AFGSU 2**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ AFGSU 2 ou recyclage de l'AFGSU 2

En format pdf.

**Date d'obtention du diplôme / attestation de réussite**

Obligatoire à l'exception de la qualification conducteur d'ambulance

## TS - Mouvement de personnels entrants

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Document attestant de la qualification de l'intéressé (diplômes/ attestation de réussite)

En format PDF

Obligatoire à l'exception de la qualification conducteur d'ambulance

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation de formation complémentaire aux actes professionnels pouvant être accomplis dans le cadre de l'aide médicale urgente

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de conduire (recto/verso)

## ENGAGEMENT

### J'atteste sur l'honneur l'exactitude de toutes les informations communiquées.

Les informations fournies sur ce document engagent l'entière responsabilité du représentant légal et doivent correspondre à la réalité exacte de l'entreprise de transports sanitaires concernée.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Signature du représentant légal (nom et prénom)

### RGPD

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 ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).