

DEMANDE DE RADIATION

N° RPPS	N° national	Département d'inscription	N° attribué dans le dpt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Madame, Monsieur,

Je soussigné (e) : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance : Lieu :

Adresse personnelle :

N° Tél. E-mail :

Vous demande de bien vouloir procéder à ma radiation du tableau de l'Ordre pour le motif suivant :

- Retraite
 Congé parental
 Changement de département¹
 Reprise d'étude
 Exercice de ma profession à l'étranger
 Changement de profession
 Autre motif

Date de prise d'effet de radiation souhaitée² :/...../.....

Ma dernière activité était :

Nom de la structure et adresse de l'activité :	Date de début	Date de fin
1 -/...../...../...../.....
.....	Type d'activité* :
2 -/...../...../...../.....
.....	Type d'activité* :

* Préciser si salariée, hospitalière, PMI ou libérale.

¹ Si vous demandez votre radiation car vous souhaitez changer de département, vous devez impérativement remplir l'annexe 1 intitulée « **Demande de radiation pour motif de changement de département** », ainsi que le **Formulaire de demande d'inscription** dans le nouveau département où vous souhaitez être inscrit. Vous trouverez ces documents sur notre site www.ordre-sages-femmes.fr, rubrique « Services >> Formalités ordinales ».

² **Attention** : cette date ne peut être antérieure à la date à laquelle vous complétez le présent formulaire de demande de radiation

Je note bien que je peux à tout moment demander ma réinscription à l'Ordre, en adressant au Conseil national une demande d'inscription (document accessible sur le site de l'Ordre), 3 mois avant la reprise de mon activité.

Signature :

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations figurant ci-dessus.



Fait àle : / /