

DEMANDE D'EXONERATION DE LA COTISATION POUR 2024



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

Réservé au CNOF

Date d'arrivée ____/____/____ Dossier complet Oui Non
Avis rendu le ____/____/____ Nature de l'avis Accord Refus

DEMANDEUR

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE PERSONNELLE : _____

_____ TEL : _____

ADRESSE PROFESSIONNELLE : _____

_____ TEL : _____

Numéro RPPS : _____ Conseil départemental d'inscription : _____

ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME : _____ DATE DE DEBUT D'EXERCICE : _____

ACTIVITE

Libérale Salariée fonction publique (hospitalière ou territoriale) Salariée secteur privé

Autre _____

EXONERATION ANTERIEURE par le CNOF

2023 2022

EXONERATION ANTERIEURE par le CDOF

2021 2020 2019

DEMANDE D'EXONERATION

(en cas de page(s) complémentaire(s), merci de les identifier et signer)

Indiquer ci-dessous de manière argumentée et contextualisée les éléments motivant votre demande d'exonération

Date et signature du demandeur