



DEMANDE DE RADIATION

N° RPPS

N° national

Département d'inscription

N° attribué dans le département

IDENTITÉ

Je soussigné(e) : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Nom d'exercice : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Tél : Mail :

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

Retraite

Congé parental

Changement de département⁽¹⁾

Reprise d'étude

Exercice de ma profession à l'étranger

Changement de profession

Autre motif

Date de prise d'effet de radiation souhaitée⁽²⁾ : / /

Ma dernière activité était :

Nom d'établissement / 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(e). Vous trouverez ces documents sur notre site www.ordre-sages-femmes.fr, rubrique « Services >> Formalités ordinaires ».

⁽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.

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

Fait à :

le : / /

Signature