

الملحق عدد 1

تصريح بالممارسة الحرة لمهنة أخصائي في العلاج الوظيفي

شخص معنوي

شخص مادي¹

إني الممضي (ة) أسفله،

الإسم واللقب:

الوكيل القانوني

صاحب النشاط

الصفة²:

الإسم الاجتماعي للشركة (في صورة الاستغلال المشترك).....

صاحب بطاقة التعريف الوطنية عدد..... المسلمة بـ..... بتاريخ.....

المعرف الجبائي:

عنوان محل ممارسة المهنة:

الهاتف:..... الفاكس:..... العنوان الإلكتروني:.....

أصرح بأني :

- اطلعت على جميع الأحكام الواردة بكراس الشروط الخاص بالممارسة الحرة لمهنة أخصائي في العلاج الوظيفي،

- أستجيب للشروط المحددة للممارسة الحرة لمهنة أخصائي في العلاج الوظيفي،

- باشرت نشاطي بتاريخ :

والتزم بما يلي :

* إعلام الإدارة بكل تغيير لمقر محل ممارسة المهنة أو في صورة الإحالة أو الغلق الوقتي أو النهائي للمحل،

* أن أضع على زمة مصالح المراقبة، الوثائق التالية :

أولاً: الوثائق المتعلقة بالأشخاص :

- نسخة من الشهادة العلمية أو من شهادة المعادلة،

- نسخة من بطاقة التعريف الوطنية،

- شهادة طبية تثبت أن الأخصائي في العلاج الوظيفي مؤهل بدنياً لممارسة المهنة،

1 . 2 - وضع علامة (X) أمام العبارة المناسبة.

- مضمون من دفتر السوابق العدلية لم تمض سنة على تاريخ تسلمه.

- نسخة من النظام الأساسي للشركة،

- الوثائق المنصوص عليها بالمطام الأولى والثانية والثالثة والرابعة من هذه الفقرة، بالنسبة لكل شريك في صورة الاستغلال المشترك،

ثانيا : الوثائق المتعلقة بالمحل

- عقد تأمين ضد الأخطار الناجمة عن المحل والتجهيزات،

- عقد تأمين لتغطية مسؤولية صاحب المحل الناتجة عن أخطائه المهنية وأخطاء أعوانه،

- شهادة الوقاية مسلمة من قبل مصالح الحماية المدنية التي يوجد بدانرتها الترايية المحل.

كما ألتزم بما يلي :

* احترام الموانع المتعلقة بطرق الممارسة الحرة لمهنة أخصائي في العلاج الوظيفي،

* التقيد بأخلاقيات المهنة وواجباتها،

* السماح لمتفقي الصحة بالدخول للمحلات بحرية وتسهيل قيامهم بمهامهم،

* مسك دفتر يومي مرقم ومؤشر عليه لدى كتابة المحكمة الابتدائية المختصة ترايبا وذلك حسب الأنموذج المحدد بالملحق عدد 2 المصاحب

لكراس الشروط،

* مسك بطاقة علاج فردية لكل مريض.

..... في.....

الإمضاء معرف به