**Conseil départemental**

**de l’Ordre**

**des masseurs-kinésithérapeutes**

**de L’ALLIER.**

**Nom, prénom :**

**Adresse**

**Tél**

**Adresse courriel**

**Courrier en LRAR ou courriel**

**Demande d’inscription suite à transfert de résidence professionnelle**

Je soussigné(e)

Mme/M**.**…………………………………………………………………………………,

né(e) le ………………………....... à …………………………………,

inscrit au Tableau de l’Ordre des MK sous le numéro……………………………

demande mon inscription au tableau de l’Ordre des MK de l’Allier à compter du …………..

J’ai demandé ma radiation de mon CDO actuel, et je ferai parvenir mon attestation de radiation du CDO de l’Allier dès sa réception (*art R4112-1 du code de la santé publique).*

Date de début d’exercice dans le 03 : *………………………… (précisez bien la date)*

Fait à …………………………………… le……………………………

(Signature)

**À retourner au CDOMK de l’Allier**