**FICHE INDIVIDUELLE DE DESIGNATION**

# TOUS LES RENSEIGNEMENTS SONT INDISPENSABLES

Pour les personnes renouvelant leur mandat la fiche n’est à remplir qu’en cas de changement de situation (contact mail, adresse, statut professionnel… **En cas d’absence de changements merci de n’indiquer que la CPAM, noms, prénoms, titulaire ou suppléant.**

\* Dénomination de l’organisme : ………CPAM de ……………………………………………………………………

\* Organisation désignatrice : Union nationale des associations agréées en santé (UNAASS)

\* Titulaire   
Suppléant

Renouvellement de mandat OUI NON [[1]](#footnote-1)

\* Mme / M. 1

\* Nom d’usage : …………………….………………………………………………………………………….

Nom de naissance : ………………………………………………………………………………………….

\* Prénom : ………………………………………………………………………………………………….…..

\*Date de naissance : …………………….…….

Lieu de naissance : Département : ...................Ville : ...………………………Arrondissement : ……..

Pays :……………………….

\* Adresse domicile :

Numéro : ……\*Type de voie : ………….\*Nom de Voie : ………………………………………………….

Complément (Lieu-dit, BP) : ………….. \*Code Postal : …………\*Ville : ……………………………….

\* Adresse d’envoi des convocations : □ identique à l’adresse du domicile

Numéro : ……Type de voie : ………….Nom de Voie : ……………………………………………………

Complément (Lieu-dit, BP) : …………...Code Postal : ………… Ville : ……………............................

N° de téléphone : Domicile : ………………………………….. Portable : .……………………..………...

\* Adresse de messagerie électronique : ………………………………………@…………………………..

Si vous êtes salarié(e) :

\*Catégorie professionnelle :

□ Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques

□ Cadres d’entreprise

□ Professions intermédiaire enseignement, santé, fonction publique et assimilés

□ Techniciens

□ Contremaître, agents de maitrise

□ Employés de la fonction publique

□ Employés administratifs d’entreprise

□ Employés de commerce

□ Personnes des services clients aux particuliers

□ Ouvriers qualifiés

□ Ouvriers non qualifiés

□ Ouvriers agricoles

\*Nom de l'employeur : …………………….………………………………………………………………….

\*Fonctions assurées au sein de l’entreprise : ………………………………………………………………

Adresse professionnelle :

Numéro : ……Type de voie : ………….Nom de Voie : ………………………………….………………...

Complément (Lieu-dit, BP) : …………...Code Postal : ………….Ville : ..………………………………...

Téléphone professionnel : ………………………………

Si vous n’êtes pas salarié(e) :

\*Catégorie professionnelle :

□ Artisans

□ Commerçants et assimilés

□ Chef d’entreprise de 10 salariés et plus

□ Chef d’entreprise de moins de 10 salariés

□ Professions libérales et assimilés

□ Agriculteurs exploitants

- \*Catégorie :

* assuré volontaire : employeur, travailleur indépendant (dont micro-entrepreneur)
* particulier employeur

- \* Nom de l’entreprise : ………..…………………………………………………………………………….

- \* Raison sociale de l’entreprise : ………………………………………………………………………….

- \* Numéro SIREN 2 :…………………………………………………………………………………………..

- \* Numéro URSSAF 2: ………………………………………………...................

Si vous êtes retraité ou inactif:

\*Ancienne profession : ……………………………………………………………………………………….

□ Anciens agriculteurs exploitants

□ Anciens artisans, commerçants, chefs d’entreprises

□ Anciennes professions libérales

□ Anciens cadres et professions intermédiaires

□ Anciens employés et ouvriers

□ Chômeurs n’ayant jamais travaillé

□ Inactifs divers

A…………………………….., le………………………………

Signature :

2 Sauf assuré volontaire

1. Rayer la mention inutile [↑](#footnote-ref-1)