*Formulaire 008 version du 29/01/2025*

**DECLARATION RELATIVE AU PERSONNEL METTANT EN ŒUVRE**

**LES VEHICULES DE TRANSPORTS SANITAIRES**

**Ce document, accompagné du dossier administratif complet incluant tous les justificatifs d’exercice professionnel, doit impérativement être adressé à l’A.R.S. avant la prise de fonctions.**

**Le dossier du personnel ne sera validé qu’à compter de la réception de l’intégralité justificatifs d’exercice professionnel. En cas de manquements aux dispositions dudit arrêté, l’entreprise s’expose à la procédure visée à l’article R.6312-5 du code de la santé publique pouvant aboutir à un retrait temporaire ou définitif de son agrément de transports sanitaires. Indépendamment de ces sanctions, toute fausse déclaration ainsi que l’usage d’un document falsifié sont passibles des peines prévues par les articles 441-6 et suivants du code pénal. Les éléments constitutifs de ce manquement à la règlementation seront transmis aux services des CPAM afin que ces dernières puissent exercer le cas échéant une procédure en indu à l’encontre de l’entreprise défaillante.**

Je, soussigné(e),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(le cas échéant) représentant(e) de la société dirigeante (ex : holding, société…) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentant(e) légal(e) de **l’entreprise de transports sanitaires** (nom juridique) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agrément ARS n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atteste sur l’honneur que la personne suivante :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom marital : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**est inscrite sur la liste des personnes mettant en œuvre des véhicules de transports sanitaires en qualité de :**

🞏 DEA/CCA 🞏 Auxiliaire Ambulancier 🞏 CCCS\*\* 🞏 Conducteur exclusif 🞏 Apprenti\*

En contrat :

🞏 CDD du I\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I au I\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I 🞏 initial 🞏 renouvellement

**(informer impérativement l’A.R.S. des prolongations de CDD ou de la transformation en C.D.I.)**

🞏 CDI à compter duI\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I 🞏 non salarié à compter duI\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I

Pour une quotité de travail dédiée à l’activité de transport sanitaire :

🞏 à temps complet 🞏 à temps partiel : % du temps de travail

Et remplit l’ensemble des conditions d’exercice fixées par la règlementation en vigueur.

**est radiée de la liste des personnes mettant en œuvre des véhicules de transports sanitaires**

**à compter du**I\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I I\_\_\_\_\_\_I

Date : Signature et Cachet :

**Tableau récapitulatif des pièces nécessaires**

**à l’inscription sur la liste des personnels constituant les équipages**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Documents | AMBULANCIER DEA/CCA | AUXILIAIRE AMBULANCIER | CCCS\*\* | CONDUCTEUR |
| Déclaration personnel(formulaire 008) | OUI | OUI | OUI | OUI |
| Permis de conduire **1**recto-verso | OUI | OUI | OUI | OUI |
| Attestation préfectorale R221-10**2**  | OUI | OUI | OUI | OUI |
| Attestation de formation de 70h | NON | OUI | NON | NON |
| Diplôme DEA/CCA | OUI | NON | NON | NON |
| Diplôme secourisme | NON | Si détenu | OUI | NON |
| AFGSU 2 ouattestation de recyclage **3** | OUI | OUI | Si détenue | NON |

\*Les apprentis devront réunir les mêmes justificatifs que les auxiliaires ambulanciers ou les CCCS.

\*\*CCCS : certificat de compétences de citoyen sauveteur

1 Permis de conduire en cours de validité sans restriction liée à l’application de l’article R.413-5 du code de la route (2 ans de validité si conduite accompagnée, 3 ans dans le cas contraire ou application des dispositions du décret 2018-715 du 03/08/2018).Les personnels ne doivent pas être au nombre des conducteurs auxquels s'appliquent les dispositions des articles [R.413-5 et R. 413-6](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074228&idArticle=LEGIARTI000006842182&dateTexte=&categorieLien=cid) du code de la route.

2 L’imprimé CERFA 14880\*01 relatif à la visite médicale n’est plus pris en compte à la place de l’attestation préfectorale, il tient lieu cependant si la visite a été effectuée avant le terme de la précédente attestation et que le dossier de demande de prorogation a été transmis en Préfecture (obligation de produire le récépissé de demande).

3 L’absence de recyclage des AFGSU2 peut entraîner la responsabilité de l’entreprise qui est astreinte à la mise à niveau des connaissances professionnelles de ses salariés.

**Cette déclaration est individuelle. Conformément aux dispositions de l’article R.6312-17 du code de la santé publique :**

**« les personnes titulaires de l'agrément tiennent constamment à jour la liste des membres de leur personnel composant les équipages des véhicules de transports sanitaires, en précisant leur qualification.**

**Cette liste est adressée annuellement à l'agence régionale de santé de la région dans laquelle les intéressés exercent leur activité. La même agence est avisée sans délai de toute modification de la liste. »**

**Pour ce faire, les entreprises de transports sanitaires doivent adresser concomitamment le formulaire 004 intitulé ETAT NOMINATIF DES PERSONNELS CONSTITUANT LES EQUIPAGES** **disponible sur le site internet de l’ARS Hauts-de-France :**

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-transports-sanitaires-agrement?parent=2413>