

Identité enregistrée

Les champs suivis d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Votre dossier est enregistré automatiquement après chaque modification. Vous pouvez à tout moment fermer la fenêtre et reprendre plus tard là où vous en étiez.

[Guide de la démarche](#) 

1. Identification des partenaires du projet médical partagé

Ordre de priorité *

 

Renouvellement du candidat sur ce poste *

 Oui Non

a) Etablissement recruteur

Nom *

Type *

Adresse *

Finess géographique *

Finess juridique *

Nom & Prénom du Directeur de l'établissement : *

Pôle d'accueil : *

Nom et Prénom du responsable de pôle : *

Service d'accueil : *

Service d'accueil :

Nom et Prénom du chef de service : *

Nom et Prénom du chef de service :

Mail du chef de service

Mail du chef de service

Ce service est-il agréé pour accueillir des internes ? *

Oui

Non

Ce service est il ? *

Hospitalier

Hospitalier Universitaire

Autre

Nom et prénom du responsable du dossier : *

Nom et prénom du responsable du dossier :

Adresse mail du référent *

Adresse mail du référent

Mail de la personne à joindre en cas d'absence *

Mail de la personne à joindre en cas d'absence

Adresse mail du BAM *

Adresse mail du BAM

Téléphone du BAM

Téléphone du BAM

b) Etablissement partenaire**Nom ***

Nom

Type *

Centre de santé

Maison de santé pluridisciplinaire

Cabinet individuel ou de groupe

CLAT,CEGIDD, CVAC

Commune *

Choisissez le département dans lequel se situe la commune. Vous pouvez entrer le nom ou le code.

22 – Côtes d'Armor

Finess géographique

Numéro SIRET

Numéro SIRET

Nom du responsable du projet au sein de la structure de soins : *

Nom du responsable du projet au sein de la structure de soins :

Qualité : *

Qualité :

Courriel *

Courriel

2. Nature du projet médical partagé

Candidature déposée au titre de quelle spécialité *

Descriptif succinct du projet médical partagé : *

Rappel le dossier doit être déposé sous forme PDF dans l'onglet « Joindre Fichier ».

Descriptif succinct du projet médical partagé :

Existence préalable d'une coopération formalisée entre les partenaires ? *

Oui

Non

Si oui, de quel type ? :

Si oui, de quel type ? :

La structure de soins de ville est-elle située en zone sous dense ? *

Oui

Non

Si oui type de zone

Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP)

Zone d'Intervention Prioritaire + (ZIP+)

Zone d'Action Complémentaire (ZAC)

Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)

Non renseigné

3. Partie activités hospitalières

Activité clinique - Consultation *

 Oui Non

Si oui ,merci de préciser

Activité clinique - hospitalisation *

 Oui Non

Si oui, merci de préciser

Activité clinique - Actes médico-techniques *

 Oui Non

Si oui, merci de préciser

Activité clinique - Actes chirurgicaux *

Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activité clinique - Autre activité clinique *

 Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Participation à des activités d'enseignement pour la formation clinique des étudiants

Formation - Séances de bibliographie *

 Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Formation - Réunion de dossiers ou autres formations *

Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Formation - participation à des réunions scientifiques *

 Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Participation à des activités pédagogiques - Encadrement d'internes dans l'établissement Recruteur *

 Oui Non

Si oui , merci de précisez le nombre d'interne et d'externes

Si oui , merci de précisez le nombre d'interne et d'externes 

Participation à des activités pédagogiques - Encadrement d'internes dans l'établissement Partenaire *

 Oui Non

Si oui , merci de préciser le nombre d'interne et d'externes

Si oui , merci de préciser le nombre d'interne et d'externes 

Participation à des activités pédagogiques - Encadrement d'externes dans l'établissement Recruteur *

Oui

Non

Si oui , merci de préciser le nombre d'interne et d'externes

Si oui , merci de préciser le nombre d'interne et d'externes

Participation à des activités pédagogiques - Encadrement d'externes dans l'établissement Partenaire *

Oui

Non

Si oui , merci de préciser le nombre d'interne et d'externes

Si oui , merci de préciser le nombre d'interne et d'externes 

Participation à des activités pédagogiques - Autre activité d'enseignement *

Oui

Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activité de recherche - Participation à des projets de recherche clinique *

Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activité de recherche - Participation à la direction de thèses *

 Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activité de recherche - Participation à des réunions de recherche *

 Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activité de recherche - Participation à la publication des activités de recherche dans des revues scientifiques *

 Oui Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activité de recherche - Autre activité de recherche *

Oui

Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activités transversales ou de coordination - Participation au développement des relations ville-hôpital, réseaux de médecins et de structures de santé (consultation avancée ..) *

Oui

Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activités transversales ou de coordination - Participation au développement et/ou de coordination de programmes d'éducation thérapeutique du patient *

Oui

Non

Si oui, merci de préciser

Si oui, merci de préciser

Activités transversales ou de coordination - Participation au développement et/ou de coordination de programmes de prévention * Oui Non**Si oui, merci de préciser****Activités transversales ou de coordination - Autre activité transversale *** Oui Non**Si oui, merci de préciser**

4. Partie activités de soins de ville

La structure partenaire est-elle agréée pour l'accueil d'Internes en stage ambulatoire ? * Oui Non**Si non, est-il prévu qu'elle le soit ?** Oui Non**Si oui oui, précisez (quand, combien...) :**

Si oui oui, précisez (quand, combien...) :

Est-il prévu que la structure accueille des externes ? *

Oui

Non

Si oui oui, précisez (quand, combien ...)

Si oui oui, précisez (quand, combien ...)

Activités pédagogiques - Encadrement d'internes ? *

Oui

Non

Si oui précisez (quand, combien ...)

Si oui précisez (quand, combien ...)

Activités de soins *

Oui

Non

Si oui précisez

Si oui précisez

Autres activités (activités de santé publique, territoriales...) *

Oui Non

Si oui précisez

Si oui précisez

5. Proposition perspectives de carrière

Perspectives de carrière proposées au praticien recruté à l'issue du contrat des 2 ans :

Ce poste peut-il déboucher sur un poste pérenne ? *

 Oui Non

Si non précisez les raisons :

Si non précisez les raisons :

Activités pédagogiques - Encadrement d'externes ? *

 Oui Non

Si oui précisez le nombre

Si oui précisez le nombre

6. Fiche candidat proposé pour le poste partagé

Nom *

Prénom *

Age

Mail *

Téléphone

Statut actuel : *

Interne Dr Junior Diplômé

Intitulé du DES préparé : *

Diplômé d'un DES français ou communautaire *

 Oui Non

Thèse en cours *

 Oui Non

Si oui date programmée pour la soutenance

Internat fait en Ile de France *

 Oui Non

Si non , subdivision de l'internat

Si diplômé, date diplôme (année) :

 

Si DESC préparé ou validé, intitulé :

Si diplômé, exerce-t-il actuellement une activité professionnelle :

 Oui Non

Si oui Nom & Lieu de la structure de santé où il exerce actuellement :

Le candidat a t il déjà travaillé dans le service de l'établissement recruteur ?

*

 Oui Non

Le candidat a t il déjà travaillé dans la structure de soins ? *

 Oui Non

Est-il prévu une participation à la PDSA ? *

 Oui Non

Inscription définitive à l'ordre (hors Dr Junior et licence de remplacement) *

Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins ou des Chirurgiens-dentistes ou des pharmaciens obligatoire au 1er novembre 2023 pour la prise de fonctions.

 Oui Non

Si oui numéro RPPS**Si non , date programmée d'inscription**

7. PIECES JUSTICATIVES (à transmettre au format PDF)

CV du candidat pressenti * Aucun fichier sélectionné.**Lettre de motivation du candidat pressenti *** Aucun fichier sélectionné.**Attestation d'inscription à l'Ordre et n° RPPS ou date d'inscription prévisionnelle** Aucun fichier sélectionné.**Lettre d'engagement type sur le projet médical partagé et sur le recrutement datée et signée par les directeurs d'établissements et de structures de soins de ville ***

Veillez télécharger, remplir et joindre [le modèle suivant](#) 

 Aucun fichier sélectionné.**Projet médical partagé ***

[Parcourir...](#) Aucun fichier sélectionné.

Toute pièce utile à l'étude du dossier

Document

[Parcourir...](#) Aucun fichier sélectionné.

[Supprimer l'élément](#)

[Ajouter un élément pour « Toute pièce utile à l'étude du dossier »](#)

Votre brouillon est automatiquement enregistré. [En savoir plus](#) 

[Déposer le dossier](#)