

Données personnelles

L'ARS Ile-de-France procède à un traitement de vos données personnelles sur le fondement de l'article 6 1. e) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) pour permettre le recrutement d'assistants spécialistes partagés et la réalisation d'un diagnostic des postes retenus et financés dans le but de soutenir la démographie médicale.

Les réponses aux demandes d'informations de ce formulaire sont obligatoires. A défaut de réponse de votre part, votre dossier de candidature ne pourra être examiné.

Les données enregistrées sont conservées pendant une durée de 3 ans et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : agents habilités de l'ARS, personnes siégeant au jury de sélection ainsi qu'aux personnes habilitées des établissements de santé.

Conformément au RGPD et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant.

Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données et vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au délégué à la protection des données de l'ARS par courrier à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données de l'ARS, Millénaire 2 -35, rue de la Gare 75935 PARIS CEDEX 19 ou par courriel à l'adresse : ars-idf-dpd@ars.sante.fr

Afin de rendre effective votre demande, il vous sera demandé de préciser le nom du traitement de données (recrutement d'assistants spécialistes partagés) ainsi que de justifier de votre identité.

Vous disposez enfin d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du règlement général sur la protection des données et de la loi informatique et libertés. »

Postes Assistants Spécialistes Partagés Vague 6 (2019-2021)

Dossier de candidature type

Date limite dépôt dossiers : **20 Mars 2019**

Jury de sélection : **15 Avril 2019**

Prise de poste : **du 1^{er} novembre 2019 au 31 octobre 2021**



Dossier de candidature à remplir uniquement par le Bureau des Affaires Médicales de l'établissement de santé recruteur

Merci de consulter le mode opératoire de l'application informatique dédiée.

Aucun envoi de dossier par mail ou par courrier postal ne sera accepté.

La création de postes d'Assistants Spécialistes Partagés vise à soutenir et accompagner les établissements de santé dans leurs recrutements et activité de soins. Le jeune médecin aura une activité partagée entre deux établissements partenaires. Les objectifs du dispositif :

- Soutenir des projets professionnels hospitaliers et/ou universitaires en permettant à de jeunes médecins de parfaire leur formation post-internat
- Favoriser la répartition territoriale des médecins hospitaliers
- Consolider les équipes médicales des établissements de santé en difficulté de recrutement
- Contribuer à la coopération territoriale et médicale entre le CH et le CHU ou CH/CH dans le cadre d'un GHT, CH/EHPAD ou CHU/EHPAD
- Permettre aux jeunes médecins de participer à l'encadrement d'internes
- Participer à l'amélioration du parcours de santé de la personne âgée en inscrivant le projet dans la dynamique de la filière gériatrique territoriale, en renforçant les liens avec les EHPAD (poste de médecin coordonnateur), et/ou entre les disciplines médicales (psychiatrie/gériatrie, oncogériatrie...)

- **Les dossiers de candidatures complétés et déposés en ligne (6 volets à remplir) devront être constitués de 4 pièces obligatoires :**
 1. Lettre d'engagement type sur le projet médical partagé, le recrutement et le reste à charge signée et datée par les directeurs d'établissements et chefs de services d'accueil
 2. CV du candidat proposé
 3. Lettre de motivation du candidat proposé à exercer à l'issue du contrat au sein de l'établissement de santé recruteur dans le cas d'une proposition de poste pérenne
 4. Attestation d'inscription à l'Ordre des médecins et n° RPPS ou d'une date d'inscription prévue

Les champs de saisie de chaque volet étant limités, nous vous remercions de bien vouloir renseigner de manière synthétique votre dossier. Vous avez la possibilité de compléter votre candidature pour chaque volet par 1 pièce jugée utile à l'étude du dossier.

Toutes les pièces doivent être déposées uniquement au format PDF dans l'onglet « Joindre Fichier ».

Contact : ars-idf-asp@ars.sante.fr

VOLET 1 – Identification des Etablissements de santé publics partenaires du projet médical partagé

Ordre de priorité :

Etablissement de santé Recruteur	Etablissement de santé Partenaire
<p>Nom :</p> <p>Type :</p> <p><input type="checkbox"/> Centre hospitalier</p> <p><input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire (AP – HP)</p> <p><input type="checkbox"/> Etablissement Public de Santé, spécialisé en santé mentale</p>	<p>Nom :</p> <p>Type :</p> <p><input type="checkbox"/> Centre hospitalier</p> <p><input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire (AP – HP)</p> <p><input type="checkbox"/> Centre hospitalier avec un service universitaire</p> <p><input type="checkbox"/> Etablissement Public de Santé, spécialisé en santé mentale</p> <p><input type="checkbox"/> EHPAD</p> <p><input type="checkbox"/> ESPIC</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p>Adresse :</p> <p>CP :</p> <p>Ville :</p>	<p>Adresse :</p> <p>CP :</p> <p>Ville :</p>
<p>Nom & Prénom du Directeur de l'établissement :</p> <p style="text-align: center;"><u>Pôle & Service d'accueil de l'ASP</u></p> <p>Pôle :</p> <p>Nom & Prénom du responsable de pôle :</p> <p>Service :</p> <p>Nom & Prénom du chef de service :</p> <p>Mail :</p> <p>Type :</p> <p>Ce service est-il agréé pour accueillir des internes</p> <p><input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> non</p> <p>Ce service est-il</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalier</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalier universitaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>Nom & Prénom du Directeur de l'établissement :</p> <p style="text-align: center;"><u>Pôle & Service d'accueil de l'ASP</u></p> <p>Pôle :</p> <p>Nom & Prénom du responsable de pôle :</p> <p>Service :</p> <p>Nom & Prénom du chef de service :</p> <p>Mail :</p> <p>Type :</p> <p>Ce service est-il agréé pour accueillir des internes</p> <p><input type="checkbox"/> oui</p> <p><input type="checkbox"/> non</p> <p>Ce service est-il</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalier</p> <p><input type="checkbox"/> hospitalier universitaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>
Bureau des Affaires Médicales	
<p>Nom & Prénom du responsable des Affaires Médicales :</p> <p>Mail :</p> <p>Téléphone :</p>	<p>Nom & Prénom du responsable des Affaires Médicales :</p> <p>Mail :</p> <p>Téléphone :</p>

VOLET 2 – Nature du projet médical partagé

Candidature déposée au titre de quelle spécialité médicale :

Descriptif du projet médical partagé :

A quel GHT appartient l'ES Recruteur :

Ce poste est partagé avec

- un établissement du GHT
- un établissement hors GHT

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

- oui
- non

Si oui, de quel type ? :

Autres éléments argumentaires pour le soutien à la création de ce poste partagé :

VOLET 3 – Descriptif du profil de poste

Quotités de travail sur les 2 ans de contrat :

Activité partagée en %

Année 1

Etablissement partenaire recruteur :

Etablissement partenaire :

Année 2

Etablissement partenaire recruteur :

Etablissement partenaire :

1. Activités cliniques

Consultations :

oui

non

Précisez :

Hospitalisations :

oui

non

Précisez :

Actes médico-techniques :

oui

non

Précisez :

Actes chirurgicaux :

oui

non

Précisez :

Autres activités cliniques, précisez :

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

A. Formation

Séances de bibliographie :

oui

non

Précisez :

Réunion de dossiers ou autres formations :

oui

non

Précisez :

Participation à des réunions scientifiques :

oui

non

Précisez :

B. Participation à des activités pédagogiques

Encadrement d'internes dans l'établissement recruteur

oui

non

Nombre (entier ou zéro) :

Encadrement d'internes dans l'établissement partenaire

oui

non

Nombre (entier ou zéro) :

Encadrement d'externes dans l'établissement recruteur

oui

non

Nombre (entier ou zéro) :

Encadrement d'externes dans l'établissement partenaire

oui

non

Nombre (entier ou zéro) :

Autres activités d'enseignement, précisez :

3. Activités de recherche

Participation à des projets de recherche clinique

oui

non

Précisez :

Participation à la direction de thèses

oui

non

Précisez :

Participation à des réunions de recherche

oui

non

Précisez :

Participation à la publication des activités de recherche dans des revues scientifiques

oui

non

Précisez :

Autres activités de recherche, précisez :

4. Activités transversales ou de coordination

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

oui

non

Précisez :

Participation au développement et/ou de coordination de programmes d'éducation thérapeutique du patient

oui

non

Précisez les programmes:

Participation au développement et/ou de coordination de programmes de prévention

oui

non

Précisez les programmes :

Autres activités transversales, précisez :

VOLET 4 – Proposition perspectives de carrière

Perspectives de carrière proposées à l'ASP à l'issue du contrat des 2 ans au sein de l'établissement de santé recruteur :

Y a-t-il dans le service d'accueil des départs prévisionnels en retraite d'ici 2 ans ?

- oui
- non

Le recrutement de cet ASP s'inscrit-il dans une démarche de pérennisation de ce poste à la fin de son contrat ?

- oui
- non

Si oui, le type de contrat :

- Titulaire
- Contractuel

Si non, précisez les raisons :

VOLET 5 – Fiche candidat proposé pour le poste partagé

Nom :

Prénom :

Age

Mail (en vigueur) :

Téléphone (sans espace et sans point) :

Statut actuel :

Interne

Intitulé du DES préparé :

Diplômé d'un DES français ou communautaire

Si diplômé, date diplôme (année) :

Si DESC préparé ou validé, intitulé :

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

O oui

O non

Si oui :

Statut :

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

Thèse en cours :

O oui

O non

Si oui, date programmée de soutenance (00/00/0000) :

Internat fait en Ile-de-France :

O oui

O non

Si non, lieu d'internat :

Inscription à l'Ordre National des Médecins :

O oui

O non

Si oui, n° RPPS (10 chiffres) :

Si non, date programmée d'inscription (00/00/0000) :

Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins obligatoire au 1er novembre 2019 pour la prise de fonctions

