

**FORMULAIRE POUR UNE DEMANDE DE CREATION D'UN POSTE D'ASSISTANT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE 2021-2023**

NB: si le dossier concerne un projet de création/d'évolution de structure de soins, merci de renseigner les différents items avec la structure de soins EXISTANTE. Le projet de création pourra être mentionné par l'AUMG dans le volet 5 « projet de création de structure de soins ». Les 3 acteurs du projet (Université, structure de soins et AUMG) ont accès à toutes les parties en tant que lecteur mais le remplissage des informations demandées est différent selon les onglets :

- Volet 1 : à remplir par l'Université et par la structure de soins
- Volet 2 : à remplir par l'Université et par la structure de soins
- Volet 3 : à remplir par l'Université
- Volet 4 : à remplir par la structure de soins
- Volet 5 : à remplir par l'AUMG
- Volet 6 : à remplir par l'AUMG
- Volet 7 : à remplir par l'Université, par la structure de soins, et par l'AUMG

**Les 3 signatures (Université, Structure de Soins et AUMG) sont demandées dans le volet 7.**

Renouvellement pour un an d'un contrat d'AUMG ?

- Oui
- Non

| VOLET 1 - IDENTIFICATION DES UNIVERSITES ET DES STRUCTURES DE SOINS PARTENAIRES DU PROJET         |   |
|---|---|
| <b>UFR Recruteur (à remplir par l'Université)</b>   | <b>Structure de soins partenaire (à remplir par la structure de soins)</b>  |
| <b>Nom de l'Université:</b><br><b>Nom du Doyen :</b><br><b>Nom du Président de l'Université :</b> | <b>Nom :</b><br><b>Type :</b><br><input type="radio"/> Centre de santé<br><input type="radio"/> Maison de santé pluridisciplinaire<br><input type="radio"/> Cabinet libéral |
| <b>Adresse (Siège - Agence comptable de l'université) :</b><br><b>CP :</b><br><b>Ville :</b>      | <b>Adresse :</b><br><b>CP :</b><br><b>Ville :</b><br><b>FINESS :</b>  |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Nom du Directeur du DUMG :</b></p> <p><b>Courriel</b></p> <p><b>Téléphone</b></p>  | <p><b>Nom du responsable du projet au sein de la structure de soins (ou tuteur de l'AUMG): « obligatoire »</b></p> <p><b>Qualité :</b></p> <p><b>Fonction :</b></p> <p><b>Courriel :</b></p> <p><b>Téléphone</b></p> |
| <p><b>Nom du responsable du projet au sein de l'Université (ou tuteur de l'AUMG) :</b></p> <p><b>Qualité :</b></p> <p><b>Fonction :</b></p> <p><b>Mail :</b></p> <p><b>Téléphone :</b></p> |  |

**VOLET 2 – PARTENARIAT UNIVERSITE - STRUCTURE DE SOINS (à remplir par l'Université et par la structure de soins)**

**Description du projet de coopération entre les deux partenaires :**

**Existence préalable d'une coopération formalisée entre l'Université et la structure de soins ?**

- oui  
 non

Si oui, précisez : .....

**Identification de la zone sous dense de la structure de soins : .....**

**Zone d'Intervention Prioritaire ?**

- Oui  
 Non

**Zone d'Action Complémentaire ?**

- Oui  
 Non

**VOLET 3 – PARTIE UNIVERSITE (à remplir par l'Université)**

**PRESENTATION DU DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE**

**Présentation des effectifs au sein du DUMG**

| Statut                        | Effectif actuel | Postes vacants | Départs en retraite<br>(prévisions à 2 ans) |
|-------------------------------|-----------------|----------------|---|
| Professeur                    |                 |                |   |
| Professeur associé            |                 |                |   |
| Maitre de conférences         |                 |                |   |
| Maitre de conférences associé |                 |                |   |
| CCU-MG                        |                 |                |   |
| AUMG                          |                 |                |   |
| Autre, précisez : .....       |                 |                |   |
|                               |                 |                |   |

**PRESENTATION DES ACTIVITES DE L'AUMG A L'UNIVERSITE**

**Activités pédagogiques**

Encadrement de thèses ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

Tutorat d'internes ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

Tutorat d'externes ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

Enseignement ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

Participation à la promotion de la maîtrise de stage ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

Activités de recherche ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

Autres activités ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

**VOLET 4 – PARTIE STRUCTURE DE SOINS (à remplir par la structure de soins)**

**PRESENTATION DE LA STRUCTURE DE SOINS**

**Effectifs dans la structure de soins partenaire**

| Statut                                      | Effectif actuel | Postes vacants | Départs en retraite (prévisions à 2 ans) |
|---|-----------------|----------------|--|
| <b>Maîtres de Stages Universitaires</b>     |                 |                |  |
| <b>Médecins libéraux spécialistes en MG</b> |                 |                |  |
| <b>Médecins libéraux autres spécialités</b> |                 |                |  |
| <b>Médecins salariés spécialistes en MG</b> |                 |                |  |
| <b>Médecins salariés autres spécialités</b> |                 |                |  |
| <b>AUMG</b>                                 |                 |                |  |
| <b>CCU-MG</b>                               |                 |                |  |
| <b>Internes</b>                             |                 |                |  |
| <b>Externes</b>                             |                 |                |  |
| <b>Autres (précisez) :</b>                  |                 |                |  |

**La structure partenaire est-elle agréée pour l'accueil d'Internes en Médecine Générale en stage ambulatoire ?**

- oui
- non

**Si non, est-il prévu qu'elle le soit ?**

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

O non

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

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

O non

**PRESENTATION DES ACTIVITES DE L'AUMG AU SEIN DE LA STRUCTURE DE SOINS**

**Statut de l'AUMG au sein de la structure de soins :**

- Salarié
- Collaborateur libéral
- Autre, précisez : .....

**Activités pédagogiques « obligatoire »**

**Encadrement d'internes ?**

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

**Encadrement d'externes ?**

- Oui
- Non

Si oui, précisez : .....

**Activités de soins**

Précisez : .....

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

Précisez : .....

VOLET 5- PROJET DE CREATION/D'EVOLUTION DE STRUCTURE DE SOINS (à remplir par l'AUMG)

**Le poste d'AUMG s'inscrit-il dans le cadre d'une création de structure de soins ? « obligatoire »**

O oui

O non

**Si oui :**

**Pour quelle structure ? (nom et localisation) : « obligatoire » .....**

**Date prévisionnelle d'ouverture : « obligatoire ».....**

**A quelle étape se situe le projet ? (consultations des partenaires, demandes de financement....) : « obligatoire »  
.....**

**VOLET 6 – FICHE DU CANDIDAT PRESSENTI POUR LE POSTE PARTAGE (à remplir par l'AUMG)**

Nom :  
Prénom :

Age :

Adresse :  
CP :  
Ville :

Mail :

Téléphone :

**Statut actuel :**

Interne « obligatoire »

Diplômé d'un DES Français ou Communautaire « obligatoire »

Si diplômé, activité professionnelle exercée : « obligatoire »

Si diplômé, fonction occupée : « obligatoire »

Année de fin d'internat : « obligatoire »

**Etes-vous déjà Maître de Stage des Universités ?**

- Oui, pour des internes
- Oui, pour des externes
- Non

**Si non, souhaitez-vous le devenir pendant la durée de votre contrat d'AUMG ?**

- Oui, pour des internes
- Oui, pour des externes
- Non, précisez pourquoi : .....

**Avez-vous déjà travaillé dans la structure de soins ?**

- Oui
- Non

**Si oui, précisez votre statut antérieur dans la structure de soins :**

- Interne
- Remplaçant en médecine générale
- Autre, précisez :

Précisez la durée (en mois) : .....

**Thèse en cours :** « obligatoire »

oui

non

Si oui, date programmée pour la soutenance : « obligatoire »

Si non, année de soutenance de thèse « obligatoire »

**Inscription à l'Ordre National des Médecins :** « obligatoire »

oui

non

Si oui, numéro d'inscription à l'Ordre :  
Si non, date programmée d'inscription :

**Participation à la PDSA dans le cadre du projet d'AUMG**

Est-il prévu une participation à la PDSA ?

oui

non

Si oui dans quel cadre ? (lieu, activité, fréquence:

.....

**VOLET 7 – LETTRE D’ENGAGEMENT DES PARTENAIRES DU PROJET – (à remplir par l’Université, la structure de soins, et l’AUMG)**

Lettre d’engagement valant accord des partenaires sur le projet et sur le recrutement

Avis motivé des partenaires sur le projet : à remplir par l’Université et la structure de soins

**O Pour L’Université : (à cocher pour l’Université)**

J’atteste que le candidat M. ou Mme ...(inscription automatique)..... sera embauché(e) sur un contrat de 2 ans obligatoires (ou d’un an s’il s’agit d’un renouvellement) prenant effet au 1<sup>er</sup> novembre 2021 sur un poste d’Assistant Universitaire de Médecine Générale au sein de mon Université

**O Pour la structure de soins : (à cocher pour la structure de soins)**

J’atteste que le candidat M. ou Mme ...(inscription automatique)..... sera embauché(e) sur un contrat de 2 ans obligatoires (ou d’un an s’il s’agit d’un renouvellement) prenant effet au 1<sup>er</sup> novembre 2021 sur un poste d’Assistant Universitaire de Médecine Générale au sein de ma structure de soins

**O Pour l’AUMG : (à cocher pour l’AUMG)**

J’atteste avoir pris connaissance de l’ensemble des informations mentionnées dans cet appel à candidatures et être disponible pour un poste d’AUMG à partir du 1<sup>er</sup> Novembre 2021. Je m’engage à rester sur ce poste d’AUMG pendant 2 ans. (ou un an s’il s’agit d’un renouvellement de contrat).

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>UFR Recruteur</b>                 | <b>Structure de soins partenaire</b>                |
| Signature du Doyen de l’Université : | Signature du responsable de la structure de soins : |
| Date :                               | Date :  |
| <b>AUMG Pressenti</b>                |   |
| Signature :                          |   |
| Date :                               |   |

**Récapitulatif de toutes vos candidatures de poste d'AUMG par ordre de priorité « facultatif » à remplir par l'Université**

| Structure de soins partenaire | Nom de l'AUMG | Ordre de priorité |
|-------------------------------|---------------|-------------------|
|                               |               |                   |
|                               |               |                   |
|                               |               |                   |
|                               |               |                   |

**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 universitaires de médecine générale 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, Immeuble "Le Curve" - 13 rue du Landy - 93200 Saint-Denis ou par courriel à l'adresse : [ars-idf-dpd@ars.sante.fr](mailto: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. »