

<b>Données personnelles</b>
-----------------------------

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 de médecins généralistes ville/hôpital à temps partagé 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](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. »

**POSTE DE MEDECIN GENERALISTE VILLE/HOPITAL (2019-2021)**

**Instruction N°DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure  
« 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires »**

**Volet 1 : Postes de jeunes médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital**

VOLET 1 - IDENTIFICATION DES PARTENAIRES DU PROJET	
ETABLISSEMENT RECRUTEUR	STRUCTURE DE SOINS PARTENAIRE
<b>Nom :</b> <b>Type :</b> <input type="radio"/> Centre hospitalier <input type="radio"/> Centre hospitalier universitaire <input type="radio"/> Etablissement public de santé <input type="radio"/> ESPIC <input type="radio"/> Etablissement de santé privé <input type="radio"/> Autre :	<b>Nom :</b> <b>Type :</b> <input type="radio"/> Centre de santé <input type="radio"/> Maison de santé pluridisciplinaire <input type="radio"/> Cabinet libéral
<b>Adresse :</b> <b>CP :</b> <b>Ville :</b>	<b>Adresse :</b> <b>CP :</b> <b>Ville :</b> <b>FINESS :</b>
<b>Nom &amp; Prénom du Directeur de l'établissement : ....</b>  <b>Pôle d'accueil du médecin généraliste : ....</b> <b>Nom et Prénom du responsable de pôle : ....</b>  <b>Service d'accueil du médecin généraliste : ....</b> <b>Nom et Prénom du chef de service : .....</b> <b>Mail : .....</b>  <b>Type :</b> Ce service est-il agréé pour accueillir des internes <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non  <b>Ce service est-il</b> <input type="radio"/> hospitalier <input type="radio"/> hospitalier universitaire <input type="radio"/> Autre	
<b>Nom et Prénom du responsable des Affaires Médicales :</b>  <b>Mail :</b> <b>Téléphone :</b>	<b>Nom du responsable du projet au sein de la structure de soins :</b> <b>Qualité :</b>  <b>Fonction :</b>  <b>Courriel :</b>  <b>Téléphone</b>

**VOLET 2 – PARTENARIAT ETABLISSEMENT DE SANTE - STRUCTURE DE SOINS**

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

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

oui

non

Si oui, précisez : .....

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

**Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) ?**

oui

non

**Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ?**

oui

non

**Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) ?**

oui

non

**Quotités de travail : (en pourcentage)**

**Exclusivement 40, 50 ou 60 %**

- activités hospitalières :
- activités au sein de la structure de soins:

**VOLET 3 – PARTIE ACTIVITES HOSPITALIERES**

**PRESENTATION DU SERVICE D'ACCUEIL DU PRATICIEN CONTRACTUEL EN ETABLISSEMENT DE SANTE**

Statut	Effectif actuel	Postes vacants	Départs en retraite (prévisions à 2 ans)
Praticiens hospitaliers temps plein			
Praticiens hospitaliers temps partiel			
Praticiens contractuels			
Praticiens attachés			
Assistants et chefs de cliniques			
Internes			
Autre, précisez : .....			

**PRESENTATION DES ACTIVITES DU PRATICIEN CONTRACTUEL EN ETABLISSEMENT DE SANTE**

**1-Activité Clinique**

**Consultations :**

oui

non

Précisez :

**Hospitalisations :**

oui

non

Précisez

**Actes médico-techniques :**

oui

non

Précisez

**Autres activités cliniques, précisez (visites à domicile,...) :**

**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 à l'hôpital recruteur**

oui

non

Nombre (entier ou zéro) :

**Encadrement d'externes à l'hôpital recruteur :**

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 – PARTIE 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)
Maîtres de Stages Universitaires			
Médecins libéraux spécialistes en MG			
Médecins salariés spécialistes en MG			
AUMG			
CCU-MG			
Internes			
Externes			
Autres (précisez) :			

**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, précisez (quand, combien...) : .....
- non

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

- oui, précisez (quand, combien ...) : .....
- non

**PRESENTATION DES ACTIVITES DU MEDECIN GENERALISTE AU SEIN DE LA STRUCTURE DE SOINS**

**Activités pédagogiques**

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 – FICHE DU CANDIDAT PRESSENTI POUR LE POSTE PARTAGE

**Nom :**

**Prénom :**

**Age :**

**Mail :**

**Téléphone :**

**Statut actuel :**

Interne

Diplômé d'un DES Français ou Communautaire

**Année diplôme :**

**Si diplômé, activité professionnelle exercée :**

**Si diplômé, fonction occupée :**

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

- Oui
- Non

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

- Interne
- Remplaçant
- Autre, précisez :

Précisez la durée (en mois) : .....

**Avez-vous déjà travaillé dans le service de l'établissement de santé recruteur ?**

- Oui
- Non

**Si oui, précisez votre statut antérieur dans l'établissement de santé recruteur:**

- Interne
- Autre, précisez :

Précisez la durée (en mois) : .....

**Thèse en cours :**

oui  
 non

Si oui, date programmée pour la soutenance :

Si non, année de soutenance de thèse

**Inscription à l'Ordre National des Médecins :**

oui  
 non

**Si oui, numéro d'inscription à l'Ordre :**

**Si non, date programmée d'inscription :**



**Est-il prévu une participation à la PDSA ?**

- oui
- non

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

**Candidat signataire d'un CESP ?**

- oui
- non

Si oui,

Nom Université : .....

Année de signature du contrat : .....

Durée engagement (en année) : .....

Avez-vous déjà rendu une partie de l'engagement ?

- oui
- non

Durée en année : .....

Dans quelle structure ou établissement de santé ? : .....

Sous quel statut ? : .....

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

**Récapitulatif candidatures postes de médecin généraliste ville/hôpital par ordre de priorité**

<b>Structure de soins partenaire</b>	<b>Nom du Médecin</b>	<b>Ordre de priorité</b>

**AUCUN DOSSIER INCOMPLET OU HORS DÉLAI NE SERA TRAITÉ**