

■ **2 - DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE OU EN PHARMACIE OBTENU AVANT LE 15 JANVIER 2018**

Au **15 janvier 2018**, je suis titulaire du :

- doctorat en **médecine** ? doctorat **en pharmacie** ?
 OUI (joindre copie du diplôme) / obtenu le _____ à _____
 NON => votre candidature est **irrecevable** pour 2018-2019

Seuls les diplômes **permettant l'exercice de la profession de médecin ou de pharmacien** dans le pays d'origine du candidat ou le pays d'obtention du diplôme permettent de faire acte de candidature dans le cadre de cette procédure **pour le D.F.M.S. ou pour le D.F.M.S.A.**

■ **3 - POUR LES CANDIDATS A UN DFMS : ETUDES DE SPECIALITE EN COURS (en 2017-2018)**

- 3.1. J'ai commencé la spécialité de (intitulé exact) _____
depuis le _____ à (ville) _____ Pays (_____)
 3.2. Cette spécialité exige l'accomplissement de _____ semestres (ou ____ mois) hospitaliers : **Annexe 1D**
 3.3. Je terminerai ces obligations de semestres hospitaliers le _____
 3.4. Au **1er novembre 2018**, il me restera à faire _____ semestres (ou ____ mois) hospitaliers (joindre attestation de votre faculté selon le modèle **Annexe 1D-DFMS** ci-jointe)
 3.5. Si vous êtes admis(e) à vous inscrire en DFMS, vous devrez faire signer une convention de formation par les autorités de votre établissement d'origine ou de votre pays. Il vous appartient donc de vous assurer de l'**accord de ces autorités**, préalablement au dépôt de votre candidature.
Avez-vous obtenu l'accord de vos autorités ? OUI NON EN COURS
 3.6. Je souhaite postuler en France en **2018-2019** :
le **D.F.M.S.** de _____ (cf. Annexe 1I)
correspondant à ma spécialisation en cours (cf. 3.1) (**vous ne pouvez changer de spécialité**).

■ **4 - POUR LES CANDIDATS A UN DFMSA : DIPLOME OU TITRE DE MEDECIN OU DE PHARMACIEN SPECIALISTE OBTENU AVANT LE 15 JANVIER 2018**

- 4.1. Au **15 janvier 2018**, je suis **titulaire** du diplôme de spécialité ou du titre de spécialiste suivant :
intitulé : _____
dans la discipline : _____
obtenu le _____ à (ville) _____ Pays (_____)
 4.2. Ce diplôme/ce titre permet-il l'exercice de la profession de médecin ou de pharmacien **spécialiste** dans le pays d'origine du candidat ou dans le pays d'obtention du diplôme ?
 OUI NON
 => Si vous ne possédez pas le diplôme de spécialité et même si vous avez terminé au 15 janvier 2018 vos semestres hospitaliers de spécialisation (cf. 3.3), votre candidature est irrecevable pour le DFMSA pour la rentrée 2018-2019
 4.3. Je souhaite postuler en France en **2018-2019** :
le **D.F.M.S.A** de _____ (cf. annexe 1I)

■ **5 - SEJOUR D'ETUDES EN FRANCE (déjà effectué avant octobre 2017 ou en cours en 2017-2018)**

Complétez obligatoirement l'**Attestation sur l'honneur** ci-jointe : **ANNEXE 1C**

■ **6 - DATE DE PRISE DE FONCTIONS**

Avez-vous engagé les démarches administratives pour prendre vos fonctions hospitalières en France au **1er novembre 2018** ?

- OUI NON (votre candidature est **irrecevable** pour 2018-2019) _____

■ **7 - CONNAISSANCE DU FRANÇAIS**

- Etes-vous titulaire d'un diplôme/attestation de connaissance du **français-niveau B2** ? OUI NON
 - Vos études de médecine/de pharmacie sont-elle **totale**ment enseignées en français ?
 OUI NON
 - Si NON aux 2 questions précédentes, vous devrez impérativement obtenir cette attestation B2 **avant le 15 avril 2018**. Avez-vous une date d'épreuve de français avant le 15 avril 2018 ? OUI NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des **renseignements cochés ou complétés** sur ce formulaire d'inscription et suis conscient(e) que tout renseignement inexact ainsi que toute information omise constituent une tentative de fraude qui provoquera l'annulation immédiate de cette inscription et cela sans préjuger des poursuites disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétences à mon encontre.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" art 39, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche - Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle - Mission des formations de santé / DGESIP A-MFS - 1 rue Descartes - 75231 Paris Cedex 05

Fait à _____ le _____

Signature originale précédée de la **mention manuscrite** "Lu et approuvé"

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE
(constituez UN SEUL dossier complet)

Vous devrez obligatoirement joindre tous les documents suivants dans votre dossier de candidature (article 6 de l'arrêté du 3 août 2010 modifié).
Tous les documents (y compris les photocopies) doivent être au format A4 (21x29,7 cm)

Nota 1 : Les candidats apatrides, réfugiés politiques ou bénéficiaires de la protection subsidiaire justifiant de leur statut en France, se reporteront au point D

Nota 2 : Laissez vos documents libres : pas d'agrafe, pas de trombone, pas d'attache pour papier et pas de ruban adhésif (type "scotch")

Nota 3 : Ne pas joindre de documents originaux (à garder pour l'inscription définitive en septembre 2018)

A) Documents à joindre par tous les candidats

1 **pochette plastique** transparente dans laquelle vous insérerez dans l'ordre suivant de présentation :

- **1 coupon réponse international** en cours de validité à partir du 1^{er} janvier 2018 : à vérifier lors de l'achat (**nouveaux coupons** à acheter dans le bureau de poste de votre **domicile en France ou à l'étranger** ; si vous ne pouvez vous en procurer parce qu'il n'est pas en vente, ce qui est le cas de certains pays, vous n'aurez pas à le joindre à votre envoi)
 - **puis les pages 1 et 2 du dossier N°1** dûment remplies et signées
 - **puis** les documents selon le cas, précisés **aux points 1 à 23** ci-dessous.
- 1 ■ photocopie lisible de la(des) pièce(s) d'identité (carte d'identité ou passeport en cours de validité).
 - 2 ■ certificat de nationalité ou tout document officiel attestant la nationalité, l'un ou l'autre datant de moins de 6 mois au 15 janvier 2017 (traduction en français le cas échéant). Si **double nationalité**, veuillez joindre la photocopie des **deux** passeports / pièces d'identité.
 - 2A ■ attestation sur l'honneur de nationalité selon le modèle de l'**Annexe 1F**
 - 3A ■ attestation sur l'honneur d'inscription établie de façon manuscrite selon le modèle de l'**Annexe 1C**
 - 3B ■ attestation sur l'honneur de scolarité ou d'activité en 2016-2017 **et** 2017-2018 : **Annexe 1G**
 - 4 ■ photocopie certifiée (conforme) à l'original du relevé détaillé du cursus de formation spécialisée effectué à ce jour, établi par l'organisme compétent du pays où cette formation a été accomplie, selon le modèle de l'**Annexe 1D**
 - 5 ■ photocopie certifiée (conforme) à l'original de la traduction en français de ce relevé (1)
 - 6A ■ **lettre personnelle de motivation** adressée à "Monsieur le Coordinateur", rédigée à la main et de façon lisible sur papier libre faisant apparaître votre projet professionnel, vos objectifs en terme de formation ou de complément de formation ainsi que l'acquisition d'éventuelles techniques et l'intérêt de la formation postulée pour le développement des structures de santé du pays d'origine au candidat ou du pays où il exercera,
 - 6B ■ un curriculum vitae détaillé selon le modèle de l'**Annexe 1H**.
 - 7 ■ joindre le **résumé en français** de votre thèse et le cas échéant de votre mémoire de spécialité et/ou de votre principale publication (avec tiré-à-part si possible ou photocopie/**Pas de CD** ni la thèse en entier, ni la clef USB).
 - 8 ■ photocopie certifiée (conforme) du **diplôme (ou titre)** de docteur en médecine ou en pharmacie
 - 9 ■ photocopie certifiée (conforme) de la traduction en français (1) du diplôme(ou titre) de docteur en médecine ou en pharmacie

B) En complément selon l'inscription postulée

B.1- Si vous postulez un DFMS

- 10 photocopie certifiée (conforme) de l'attestation officielle de l'**autorisation d'exercice** de la profession de médecin ou de pharmacien délivrée par les autorités compétentes du pays d'origine ou du pays d'obtention du diplôme ou du titre
- 11 photocopie de la traduction en français (1) de cette autorisation d'exercice.
- 12A un certificat de scolarité **original** (hors de France) pour l'**année 2017-2018** délivré par l'organisme compétent du pays dans lequel vous préparez votre spécialisation qui précisera le niveau d'études atteint et la spécialité postulée. En l'absence de ce certificat votre candidature sera refusée.

ANNEXE 1A - suite

- 12B traduction **originale** en français(1) du certificat de scolarité (hors de France) pour l'année 2017-2018.
12C un certificat de scolarité **original** pour toute inscription dans une **université française** pour **2017/2018**
13 tout document **officiel** (ministériel ou de la Faculté) confirmant la **durée** de la formation : cf. **Annexe 1D**

B.2. - Si vous postulez un DFMSA

- 14 photocopie certifiée (conforme) du diplôme (ou titre) de **spécialiste en médecine ou en pharmacie**
15 photocopie certifiée (conforme) de la traduction en français (1) du diplôme(ou titre) de spécialiste
16 photocopie certifiée (conforme) de l'attestation officielle de l'**autorisation d'exercice** de la profession de médecin ou de pharmacien **spécialiste** délivrée par les autorités compétentes du pays d'origine ou du pays d'obtention du diplôme ou du titre
17A photocopie de la traduction en français (1) de cette autorisation d'exercice de la spécialité.
17B un certificat de scolarité **original** pour toute inscription dans une université **française** ou **étrangère** pour l'année **2017-2018**

B.3 –Si vous avez été inscrit(e) dans une université en France (avant novembre 2017)

- 18 un certificat de scolarité délivré par l'**université française** auprès de laquelle vous avez été inscrit(e) **avant novembre 2017** en précisant l'année d'étude et le(s) diplôme(s) postulé(s)
19 photocopie certifiée conforme de l'attestation de réussite pour **chaque** diplôme obtenu en France.

C) Si vous êtes sélectionné(e) dans le cadre d'un accord avec une Faculté française

- 20 document justifiant d'un poste rémunéré, signé par le directeur de l'unité de formation et de recherche et le directeur du centre hospitalier universitaire ou de l'établissement de santé d'accueil en France qui complèteront l'**Annexe 1B**/document à ne fournir qu'**au plus tard le 15 avril 2018** (avec le dossier N°2)

D) Pour les apatrides, réfugiés politiques ou bénéficiaires de la protection subsidiaire

- 21 une pièce officielle justifiant de leur statut en France
22 à défaut des pièces 4,5, 8 ,9 ,10 ,11 ,12 ,13 ,14 ,15 ,16 ,17, tout document ou attestation sur l'honneur à rédiger en français (ou avec une traduction en français)
23 le cas échéant les justificatifs 18 et 19 pour ceux ayant pris une inscription en AFS ou AFSA en France

(1) Les documents écrits en langue étrangère doivent être accompagnés d'une traduction effectuée par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

DEPOT DU DOSSIER	<p>L'exemplaire complet du dossier (sans originaux), placé sous pochette plastique transparente, est à transmettre en un seul envoi au plus tard le 15 janvier 2018 :</p> <ul style="list-style-type: none">- pour les candidats ayant leur résidence en dehors de la France en janvier 2018 : au service de coopération et d'action culturelle de l'ambassade de France ou du consulat général français du pays de résidence- pour les candidats justifiant d'une résidence en France en janvier 2018 et les personnes justifiant du statut d'apatride, de réfugié politique ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire à : Faculté de Médecine - Inscription en DFMS/DFMSA - 4 rue Kirschleger - 67085 STRASBOURG CEDEX
-------------------------	---

ANNEXES AU DOSSIER DE CANDIDATURE DFMS ou DFMSA

- **Annexe 1A** : Liste et ordre des pièces à joindre au dossier de candidature
- **Annexe 1B** : Attestation d'inscription dans le cadre d'un accord de coopération
- **Annexe 1C** : Attestation sur l'honneur pour les études effectuées (ou en cours) en France
- **Annexe 1D-DFMS** : Accord des autorités locales pour le séjour en France pour les DFMS
Durée de la formation hospitalière pour la spécialité postulée
- **Annexe 1D-DFMSA** : Relevé détaillé du cursus de spécialité pour les postulants au DFMSA
- **Annexe 1E** : Relevé détaillé des semestres hospitaliers accomplis par le(la) candidat(e)
- **Annexe 1F** : Attestation sur l'honneur de nationalité ou de double nationalité
- **Annexe 1G** : Attestation sur l'honneur de scolarité ou d'activité en 2016-2017 et 2017-2018
- **Annexe 1H** : Présentation du *curriculum vitae* détaillé
- **Annexes 1I - 1ère partie et 1J - 2ème partie** : Codification des DFMS et DFMSA et places ouvertes
- **Annexe 1J** : Code des pays, des nationalités et des SCAC / Service culturel français à l'étranger
- **Annexe 1K** : Code des Facultés de Médecine ou de Pharmacie en France

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

INSCRIPTION DANS LE CADRE
D'UN ACCORD DE COOPERATION

(à faire établir et signer par les autorités françaises de la Faculté et du Centre hospitalier d'accueil)
(l'original sera à joindre si possible au dossier N°2 en avril 2018)

NOM de naissance : Madame Monsieur _____

Prénom : _____

Pour les femmes mariées : épouse (nom du mari) : _____

Nom usuel (le cas échéant) : _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

nationalité(s) _____ et _____

originaire de la Faculté de Médecine de Pharmacie

de : _____ Ville : _____ Pays : _____

postule pour l'année universitaire **2018-2019**

le DFMS le DFMSA

de _____

correspondant à une partie de la formation dispensée en France pour

le DES de _____

ou le DESC de _____

dans le cadre d'un **accord de coopération** conclu

avec l'**Université** de _____ / France

et son U.F.R. de Médecine Pharmacie de : _____

et/ou l'**établissement hospitalier** de : _____

Le(la) candidat(e) **disposera d'un poste de F.F.I.**, au titre de la **coopération**,

dans la spécialité : _____

au centre hospitalier de : _____ Ville : _____

relevant de la Faculté de Médecine de : _____

avec prise obligatoire de fonctions d'interne (FFI) au : 1er novembre 2018

pour une durée de 2 semestres

financé par CHU Hôpital Conseil Régional Etat d'origine du candidat

Association ou autre : _____

Nous attestons que ce poste de F.F.I. **n'entre pas dans le contingent national** des places ouvertes pour l'**année 2018-2019**, au titre de la procédure générale, tel que publié au Journal Officiel.

Fait à _____ le, _____

● **Le Directeur Général** (du CHU
ou de l'établissement de santé
d'accueil (A)

● **Le coordonnateur local** de
la spécialité postulée (A)
Service agréé ? OUI NON

● **Le Doyen de la Faculté** (A)
- ayant passé l'accord de coopération
- ou pour la Région parisienne, dont
relève le coordonnateur local

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(à joindre obligatoirement à la candidature des dossiers de candidats)

Je soussigné(e) _____
(nom et prénom du/de la candidat(e))

Pour les femmes mariées (nom du mari) _____ déclare sur l'honneur :

Si	OUI		NON
1 -	(1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Avoir pris une inscription en France à une formation conduisant à l'un des diplômes suivants : - D.I.S. (Diplôme interuniversitaire spécialisé) - D.I.S.C. (Diplôme interuniversitaire spécialisé complémentaire)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir pris une inscription en France pour une A.F.S. (Attestation de formation spécialisée) dans la discipline : _____(1) auprès de la Faculté de Médecine / Pharmacie de : _____ du _____ au _____ et du _____ au _____	<input type="checkbox"/>
3 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir pris une inscription en France pour une A.F.S.A. (Attestation de formation spécialisée approfondie) dans la discipline : _____(1) auprès de la Faculté de Médecine / Pharmacie de : _____ du _____ au _____ et du _____ au _____	<input type="checkbox"/>
4 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir pris une inscription en France pour un D.F.M.S. (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité : _____ année universitaire : ____/____ Faculté de : _____(1)	<input type="checkbox"/>
5 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir pris une inscription en France pour un D.F.M.S.A. (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité : _____ année universitaire : ____/____ Faculté de : _____(1)	<input type="checkbox"/>
6 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir été inscrit(e) en France en 2016-2017 à l'Université de _____(1) diplôme postulé : _____	<input type="checkbox"/>
7 -	<input type="checkbox"/> (1)	Etre inscrit(e) en France en 2017-2018 à l'Université de _____(1) diplôme(s) postulé(s) : _____ _____	<input type="checkbox"/>
8 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de stagiaire associé en France ? du _____ au _____ Hôpital : _____	<input type="checkbox"/>
9 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de stagiaire bénévole en France ? du _____ au _____ Hôpital : _____	<input type="checkbox"/>
10 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà déposé une candidature au DFMS ou au DFMSA ? <input type="checkbox"/> en 2016-2017 ? <input type="checkbox"/> pour 2017-2018 ?	<input type="checkbox"/>
11 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà renoncé à une précédente affectation en DFMS ou DFMSA ? Si OUI, en quelle année ? <input type="checkbox"/> 2016-2017 <input type="checkbox"/> 2017-2018	<input type="checkbox"/>

(1) **agrafer obligatoirement à l'arrière** de cette Annexe 2C les certificats ou attestations de scolarité correspondants

Fait à _____ le, _____

Signature originale du candidat après avoir écrit en lettres capitales à la main : "J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus et connais les suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète" :

DATE LIMITE DE RECEPTION
DU DOSSIER A STRASBOURG

15 janvier 2018

ATTESTATION DE LA DUREE DE LA FORMATION HOSPITALIERE

AUTORISATION DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT
DE POURSUITE DE LA FORMATION SPECIALISEE EN France

■ CANDIDAT AU D.F.M.S.

[Peut être remplacée par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté]

Je soussigné(e), _____

uniquement Doyen Secrétaire Général Directeur Etablissement Hospitalier

atteste que

Mme / M. _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

a commencé la spécialité de (intitulé exact) _____

en qualité de _____

à la date du (jour/mois/année) : / / 2 | 0 |

Cette spécialité exige réglementairement, sur le **plan pratique**, l'accomplissement de _____ **semestres hospitaliers** (ou de _____ mois hospitalier) dans ladite discipline conformément aux **dispositions officielles ci-jointes** ⁽¹⁾ [hors stage invalidé à refaire ou à rattraper dans l'établissement d'origine] conformément à :

- (1) l'arrêté ministériel fixant la durée de la formation pour la spécialité (joindre copie)
 la décision du Conseil de Faculté fixant cette durée de formation (joindre copie)

Ces obligations de **hospitalières** prendront fin le (jour/mois/année) : / / 2 | 0 | En conséquence, il **restera à accomplir** au(à la) candidat(e), **au 1er novembre 2018** :

_____ semestre(s) ou _____ mois de stage.

L'intéressé(e) finalisera sa formation spécialisée avec délivrance du diplôme le _____

L'intéressé(e) a obtenu le **diplôme de docteur** **en médecine** **en pharmacie** en date du _____ auprès de la Faculté de _____ (_____)

- J'autoriserai } l'intéressé(e) à prendre ses fonctions en France
 Je n'autoriserai pas } au **1er novembre 2018**
- Je validerai } la formation suivie et les semestres hospitaliers
 Je ne validerai pas } effectués en France à son retour au titre de la spécialité postulée

Les **objectifs pédagogiques** à atteindre durant la formation en France sont les suivants :*(à compléter sur une page annexe)*

Fait à _____, le _____

Signature lisible (avec **nom, prénom**
du signataire et **cachet** de l'établissement)
(avec traduction en français si nécessaire)

(1) Joindre copie des dispositions officielles précisant la durée de **formation pratique** exigée pour ladite spécialité (en mois, en semestres ou en années)

RELEVÉ DÉTAILLÉ DU CURSUS DE SPÉCIALITÉ
EFFECTUÉE À CE JOUR EN DEHORS DE LA FRANCE

■ CANDIDAT AU D.F.M.S.A.

[Peut être remplacé par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté]Je soussigné(e), _____
(nom et prénom)**uniquement** Doyen Secrétaire Général

atteste que

Mme / M. _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

a obtenu le **diplôme de docteur** **en médecine** **en pharmacie** en date du _____
auprès de la Faculté de _____ (_____)

a commencé la spécialité de (intitulé exact) _____

en qualité de _____

à la date du (jour/mois/année) : _____

a obtenu le **diplôme** **de médecin spécialiste**
 de pharmacien spécialiste dans la spécialité de : _____

à la date du _____ à _____

Au 15 janvier 2018, l'intéressé(e) a effectué les stages hospitaliers **spécialisés** détaillés dans
l'**Annexe 1E**.

Fait à _____, le _____

Signature (avec **nom, prénom**
du signataire et **cachet** de l'établissement)
(Doyen ou Secrétaire Général)
(avec traduction en français si nécessaire)

POUR D.F.M.S. et D.F.M.S.A.

RELEVÉ DÉTAILLÉ DES SEMESTRES DE STAGE DE SPECIALISATION
VALIDÉS AU 15 JANVIER 2018(A compléter et à signer par seulement le Doyen de la Faculté de Médecine de laquelle vous relevez)[=> Peut être remplacée par une attestation de **situation universitaire détaillée** délivrée par la faculté]Je soussigné(e) Mme M _____ Doyen de la Faculté de Médecine de _____ ou _____ qualité / fonction : _____atteste que Mme M _____

postulant la spécialisation de _____

pour une durée de : _____ années de **formation pratique** qu'il(elle) terminera le _____

a effectué au 15 janvier 2018 les stages hospitaliers de spécialité suivants :

N° Stage	Date de début (jour/mois/ année)	Date de fin (jour/mois/ année)	Durée (en mois) (1)	Service d'accueil	Hôpital	Ville	Pays
1er							
2ème							
3ème							
4ème							
5ème							
6ème							
7ème							
8ème							
9ème							
10ème							
11ème							
12ème							
13ème							
14ème							
15ème							
16ème							
Total des mois de stages effectués (1)			mois	(1) Il s'agit des stages effectués (même si éventuellement ils n'ont pas été validés à ce jour)			

Le Doyen de la Faculté (**nom et prénom**)
(signature lisible, **cachet** original
avec traduction en français si nécessaire)

_____, le _____ 2017/2018

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NATIONALITÉ OU DE DOUBLE NATIONALITÉ

Je soussigné(e) (nom/prénom du candidat) _____
 né(e) le _____ à _____ (_____)
 de nationalité _____ et éventuellement _____

- A - atteste sur l'honneur **posséder** la nationalité suivante :
 en première qualité en deuxième qualité (bi-national)

A1 - de l'un des Etats ci-dessous **membres de l'Union Européenne** :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allemagne | <input type="checkbox"/> Italie |
| <input type="checkbox"/> Autriche | <input type="checkbox"/> Lettonie |
| <input type="checkbox"/> Belgique | <input type="checkbox"/> Lituanie |
| <input type="checkbox"/> Bulgarie | <input type="checkbox"/> Luxembourg |
| <input type="checkbox"/> Chypre (hors partie turque) | <input type="checkbox"/> Malte |
| <input type="checkbox"/> Croatie | <input type="checkbox"/> Pays-Bas |
| <input type="checkbox"/> Danemark | <input type="checkbox"/> Pologne |
| <input type="checkbox"/> Eire/Irlande | <input type="checkbox"/> Portugal |
| <input type="checkbox"/> Espagne | <input type="checkbox"/> Roumanie |
| <input type="checkbox"/> Estonie | <input type="checkbox"/> Royaume-Uni |
| <input type="checkbox"/> Finlande | <input type="checkbox"/> Slovaquie |
| <input type="checkbox"/> France | <input type="checkbox"/> Slovénie |
| <input type="checkbox"/> Grèce | <input type="checkbox"/> Suède |
| <input type="checkbox"/> Hongrie | <input type="checkbox"/> République Tchèque |

A2 - ou d'un Etat partie de l'Accord sur l'**Espace économique européen**

- Islande
 Liechtenstein
 Norvège

A3 - de la Principauté d'**Andorre**

A4 - de la Confédération helvétique (**Suisse**)

- B - atteste sur l'honneur **ne pas posséder** l'une des nationalités ci-dessus (A1, A2, A3, A4) en première ou en deuxième qualité

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements cochés ou complétés sur ce formulaire et suis conscient(e) que tout renseignement inexact ainsi que toute information omise constituent une **tentative de fraude** qui provoquera l'annulation immédiate de cette inscription et cela sans préjuger des poursuites disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétentes à mon encontre.

Fait à _____, le _____

Signature originale de l'intéressé(e)
 après avoir coché la lettre A **ou** B
 et le cas échéant la case correspondante en A1 à A4

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR
DE SCOLARITE ET/OU D'ACTIVITE
(2016-2017 et 2017-2018)**

Je soussigné(e) (nom/prénom du candidat) _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

atteste sur l'honneur avoir occupé les activités suivantes :

1 – durant la période du 1^{er} novembre 2016 au 31 octobre 2017 (Année 2016-2017)

1.1. – **scolarité** : Néant en 2016-2017 inscrit(e) à la Faculté de _____ (Pays : _____) en _____ ème année de _____ pour le(s) diplôme(s) : _____1.2. – **activités hospitalières** Néant en 2016-2017 avoir exercé les fonctions hospitalières en qualité de : _____ du _____ au _____ Hôpital _____ du _____ au _____ Hôpital _____1.3. – **Sans activité hospitalière ni scolarité (en 2016-2017)** Durant cette période je n'ai pas été inscrit(e) à la faculté et je n'ai pas exercé d'activités hospitalières. Quel était votre statut ? : _____

2 – Durant la période du 1^{er} novembre 2017 au 15 janvier 2018 (Année 2017-2018)

2.1. – **scolarité** : Néant en 2017-2018 inscrit(e) à la Faculté de _____ (Pays : _____) en _____ ème année de _____ pour le(s) diplôme(s) : _____2.2. – **activités hospitalières** Néant en 2017-2018 avoir exercé les fonctions hospitalières en qualité de : _____ du _____ au _____ Hôpital _____ du _____ au _____ Hôpital _____2.3. – **Sans activité hospitalière ni scolarité (en 2017-2018)** Durant cette période je n'ai pas été inscrit(e) à la faculté et je n'ai pas exercé d'activités hospitalières. Quel était votre statut : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements complétés sur ce formulaire et suis conscient(e) que tout renseignement inexact ainsi que toute information omise constituent une **tentative de fraude** qui provoquera l'annulation immédiate de cette inscription et cela sans préjuger des poursuites disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétentes à mon encontre.

Fait à _____, le _____

Signature originale du candidat

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

MODELE DE PRESENTATION DU CURRICULUM VITAE DETAILLE
(à rédiger en langue française)

Veillez établir votre *curriculum vitae* détaillé selon les rubriques suivantes en respectant l'ordre ci-dessous
A rédiger à l'ordinateur pour une meilleure lisibilité et sur papier blanc

- 1 ■ **CIVILITE**
Nom, prénom(s), épouse de ...
Date, lieu et pays de naissance
Situation familiale et nombre d'enfants.
- 2 ■ **COORDONNEES**
Adresse permanente dans le pays de résidence
Téléphone (s) personnel et/ou professionnel
Messagerie(s) électronique (s) personnelle et/ou professionnelle
- 3 ■ **TITRES ET DIPLOMES**
Lister par ordre chronologique décroissant les titres et/ou diplômes obtenus, en précisant :
la date d'obtention, l'intitulé (en langue française), le lieu d'obtention, l'organisme qui l'a délivré.
- 4 ■ **SCOLARITE**
Date et lieu de début des études médicales ou pharmaceutiques
Date et lieu d'accès aux études de spécialité
Date et lieu de fin des études de spécialité
- 5 ■ **MEMOIRE(S) et THESE(S)**
Lister par ordre chronologique décroissant les mémoires d'études et la thèse de médecine rédigés
jusqu'à ce jour en précisant : la date, l'intitulé, la mention éventuelle, la faculté/université de
rattachement.
- 6 ■ **PUBLICATIONS**
Lister par ordre chronologique décroissant en les numérotant, les articles publiés (ou sous presse)
à ce jour en précisant son titre, les noms et l'ordre des auteurs, le nombre de pages, la revue ou le
périodique d'édition, date, avec ou sans comité de lecture.
- 7 ■ **COMMUNICATIONS ORALES**
Idem que pour les publications : titre de la communication, les noms et l'ordre des auteurs, l'intitulé
de la manifestation, date.
- 8 ■ **COMMUNICATIONS AFFICHEES / POSTERS**
Idem que pour les communications orales.
- 9 ■ **SEJOURS A L'ETRANGER**
Lister par ordre chronologique décroissant le(s) séjour(s) effectué(s) en dehors de votre pays avec
date, durée, lieu et statut.
- 10 ■ **MANDATS ELECTIFS ET STATUT**
Préciser par ordre chronologique décroissant les mandats électifs exercés au sein de la faculté, de
l'université, du Centre hospitalier, avec dates de début et de fin.
Préciser le cas échéant vos éventuelles responsabilités ou présidences, vos éventuels mandats
électifs civils ou militaires.
- 11 ■ **PRIX ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES**
Lister par ordre chronologique décroissant les prix et / ou distinctions obtenus en indiquant la date,
la nature et l'organisme qui les a délivrés.
- 12 ■ **SOCIETES SAVANTES, CULTURELLES OU SCIENTIFIQUES**
Lister les diverses sociétés savantes, culturelles et/ou scientifiques auxquelles vous appartenez,
avec le cas échéant les responsabilités que vous y exercez.
- 13 ■ **DIVERS**
- 14 ■ Le curriculum vitae doit être daté et signé par l'intéressé(e).

ANNEXE

Vous êtes prié(e) de joindre le **résumé en français** de votre thèse de médecine ou de pharmacie et le cas
échéant de votre mémoire de spécialité et/ou de votre principale publication (avec tiré-à-part si possible ou
photocopie, **pas de CD**, ni l'exemplaire complet de la thèse, ni de clef USB).

CODIFICATION ET PLACES des D.F.M.S. et des D.F.M.S.A. (pour 2018-2019)

■ 1 – MEDECINE	DFMS		DFMSA		Postes DFMS+ DFMSA (A)
	DFMS	Coopération	DFMSA	Coopération	
■ DISCIPLINE : SPECIALITES MEDICALES					
- Anatomie et cytologie pathologiques	MS 001	9 MS 001	MA 001	9 MA 001	
- Cardiologie et maladies vasculaires	MS 003	9 MS 003	MA 003	9 MA 003	
- Dermatologie et vénéréologie	MS 004	9 MS 004	MA 004	9 MA 004	
- Endocrinologie et métabolisme	MS 005	9 MS 005	MA 005	9 MA 005	
- Gastroentérologie et hépatologie	MS 006	9 MS 006	MA 006	9 MA 006	
- Génétique médicale (clinique, chromosome et molécules)	MS 048	9 MS 048	MA 048	9 MA 048	
- Hématologie	MS 030	9 MS 030	MA 030	9 MA 030	
Option 1 : Hématologie-Maladies du sang	MS 30042	9 MS 30042	MA 30042	9 MA 30042	
Option 2 : Onco-hématologie	MS 30043	9 MS 30043	MA 30043	9 MA 30043	
- Médecine interne	MS 007	9 MS 007	MA 007	9 MA 007	
- Médecine nucléaire	MS 031	9 MS 031	MA 031	9 MA 031	
- Médecine physique et de réadaptation	MS 047	9 MS 047	MA 047	9 MA 047	
- Néphrologie	MS 008	9 MS 008	MA 008	9 MA 008	
- Neurologie	MS 009	9 MS 009	MA 009	9 MA 009	
- Oncologie	MS 032	9 MS 032	MA 032	9 MA 032	
Option 1 : Oncologie médicale	MS 32016	9 MS 32016	MA 32016	9 MA 32016	
Option 2 : Oncologie radiothérapique	MS 32025	9 MS 32025	MA 32025	9 MA 32025	
Option 3 : Onco-hématologie	MS 32026	9 MS 32026	MA 32026	9 MA 32026	
- Pneumologie	MS 011	9 MS 011	MA 011	9 MA 011	
- Radiodiagnostic et imagerie médicale	MS 012	9 MS 012	MA 012	9 MA 012	
- Radiothérapie : cf. Oncologie – Option 2					
- Rhumatologie	MS 015	9 MS 015	MA 015	9 MA 015	
■ DISCIPLINE : SPECIALITES CHIRURGICALES					
- Chirurgie générale	MS 026	9 MS 026	MA 026	9 MA 026	
Version : osseuse	MS 26036	9 MS 26036	MA 26036	9 MA 26036	
Version : viscérale	MS 26037	9 MS 26037	MA 26037	9 MA 26037	
- Chirurgie orale (pour médecine)	MO 0261	9 MO 0261	OA 0261	9 OA 0261	
- Neurochirurgie	MS 022	9 MS 022	MA 022	9 MA 022	
- Ophtalmologie	MS 023	9 MS 023	MA 023	9 MA 023	
- Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale	MS 024	9 MS 024	MA 024	9 MA 024	
- Stomatologie	MS 028	9 MS 028	MA 028	9 MA 028	
■ DISCIPLINE : ANESTHESIE-REANIMATION					
■ DISCIPLINE : GYNECOLOGIE MEDICALE					
■ DISCIPLINE : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE					
■ DISCIPLINE : MEDECINE DU TRAVAIL					
■ DISCIPLINE : PEDIATRIE					
■ DISCIPLINE : PSYCHIATRIE					
■ DISCIPLINE : SANTE PUBLIQUE					
- Santé publique et médecine sociale	MS 050	9 MS 050	MA 050	9 MA 050	
■ DISCIPLINE : BIOLOGIE MEDICALE (pour Médecins)					
- Niveau 1 : Bactériologie-virologie et hygiène	MS 78070	9 MS 78070	MA 78070	9 MA 78070	
- Niveau 1 : Biochimie	MS 78071	9 MS 78071	MA 78071	9 MA 78071	
- Niveau 1 : Hématologie cellulaire et hémostase	MS 78072	9 MS 78072	MA 78072	9 MA 78072	
- Niveau 1 : Immunohématologie	MS 78073	9 MS 78073	MA 78073	9 MA 78073	
- Niveau 1 : Parasitologie et mycologie	MS 78074	9 MS 78074	MA 78074	9 MA 78074	
- Niveau 2 : Option Biologie polyvalente	MS 78075	9 MS 78075	MA 78075	9 MA 78075	
- Niveau 2 : Option Biologie spécialisée	MS 78076	9 MS 78076	MA 78076	9 MA 78076	
- Stage clinique pour médecin	MS 78077	9 MS 78077	MA 78077	9 MA 78077	
■ 2 - PHARMACIE					
■ BIOLOGIE MEDICALE (pour Pharmaciens)					
- Niveau 1 : Bactériologie-virologie et hygiène	PS 08072	9 PS 08072	PA 08072	9 PA 08072	
- Niveau 1 : Biochimie	PS 08073	9 PS 08073	PA 08073	9 PA 08073	
- Niveau 1 : Hématologie cellulaire et hémostase	PS 08074	9 PS 08074	PA 08074	9 PA 08074	
- Niveau 1 : Immunohématologie	PS 08075	9 PS 08075	PA 08075	9 PA 08075	
- Niveau 1 : Parasitologie et mycologie	PS 08076	9 PS 08076	PA 08076	9 PA 08076	
- Niveau 2 : Option Biologie polyvalente	PS 08077	9 PS 08077	PA 08077	9 PA 08077	



MISE EN GARDE : TOUS LES POSTES NE SONT PAS EXCLUSIVEMENT LOCALISES EN CHU



■ 1 – MEDECINE	DFMS		DFMSA		Postes DFMS+ DFMSA
	Intitulé des diplômes D.E.S.C.	DFMS	Coopération	DFMSA	
■ DESC du GROUPE I					(A)
- Addictologie	MS 081	9 MS 081	MA 081	9 MA 081	
- Allergologie et immunologie clinique	MS 057	9 MA 057	MA 057	9 MA 057	
- Andrologie	MS 066	9 MS 066	MA 066	9 MA 066	
- Cancérologie	MS 051	9 MS 051	MA 051	9 MA 051	
- Dermatopathologie	MS 038	9 MS 038	MA 038	9 MA 038	
- Foetopathologie	MS 039	9 MS 039	MA 039	9 MA 039	
- Hémoblogie – Transfusion	MS 056	9 MS 056	MA 056	9 MA 056	
- Médecine de la reproduction	MS 060	9 MS 060	MA 060	9 MA 060	
- Médecine de la douleur et médecine palliative	MS 103	9 MS 103	MA 103	9 MA 103	
Option 1 : Médecine de la douleur	MS 10308	9 MS 10308	MA 10308	9 MA 10308	
Option 2 : Médecine palliative	MS 10309	9 MS 10309	MA 10309	9 MA 10309	
- Médecine légale et expertises médicales	MS 065	9 MS 065	MA 065	9 MA 065	
- Médecine du sport	MS 040	9 MS 040	MA 040	9 MA 040	
- Médecine d'urgence	MS 100	9 MS 100	MA 100	9 MA 100	
- Médecine vasculaire	MS 064	9 MS 064	MA 064	9 MA 064	
- Néonatalogie	MS 035	9 MS 035	MA 035	9 MA 035	
- Neuropathologie	MS 099	9 MS 099	MA 099	9 MA 099	
- Nutrition	MS 061	9 MS 061	MA 061	9 MA 061	
- Orthopédie dento-maxillo-faciale	MS 083	9 MS 083	MA 083	9 MA 083	
- Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique	MS 058	9 MS 058	MA 058	9 MA 058	
- Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques	MS 080	9 MS 080	MA 080	9 MA 080	
- Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	MS 062	9 MS 062	MA 062	9 MA 062	
■ DESC de GROUPE II					
- Chirurgie infantile	MS 092	9 MS 092	MA 092	9 MA 092	
- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	MS 093	9 MS 093	MA 093	9 MA 093	
- Chirurgie de la face et du cou	MS 102	9 MS 102	MA 102	9 MA 102	
- Chirurgie orthopédique et traumatologie	MS 094	9 MS 094	MA 094	9 MA 094	
- Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	MS 052	9 MS 052	MA 052	9 MA 052	
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	MS 095	9 MS 095	MA 095	9 MA 095	
Option 1 : chirurgie thoracique	MS 09501	9 MS 09501	MA 09501	9 MA 09501	
Option 2 : chirurgie cardiovasculaire	MS 09502	9 MS 09502	MA 09502	9 MA 09502	
- Chirurgie urologique	MS 096	9 MS 096	MA 096	9 MA 096	
- Chirurgie vasculaire	MS 054	9 MS 054	MA 054	9 MA 054	
- Chirurgie viscérale et digestive	MS 097	9 MS 097	MA 097	9 MA 097	
- Gériatrie	MS 101	9 MS 101	MA 101	9 MA 101	
- Réanimation médicale	MS 0411	9 MS 0411	MA 0411	9 MA 0411	
■ DESC de BIOLOGIE MEDICALE (médecins)					
- Biochimie hormonale et métabolique	MS 084	9 MS 084	MA 084	9 MA 084	
- Biologie des agents infectieux	MS 085	9 MS 085	MA 085	9 MA 085	
- Biologie moléculaire	MS 086	9 MS 086	MA 086	9 MA 086	
- Cytogénétique humaine	MS 087	9 MS 087	MA 087	9 MA 087	
- Hématologie biologique	MS 088	9 MS 088	MA 088	9 MA 088	
- Pharmacocinétique et métabolisme des médicaments	MS 090	9 MS 090	MA 090	9 MA 090	
- Radiopharmacie et radiobiologie	MS 089	9 MS 089	MA 089	9 MA 089	
- Toxicologie biologique	MS 091	9 MS 091	MA 091	9 MA 091	
■ 2 – PHARMACIE					
■ DESC de BIOLOGIE MEDICALE					
- Biochimie hormonale et métabolique	PS 084	9 PS 084	PA 084	9 PA 084	
- Biologie des agents infectieux	PS 085	9 PS 085	PA 085	9 PA 085	
- Biologie moléculaire	PS 086	9 PS 086	PA 086	9 PA 086	
- Cytogénétique humaine	PS 087	9 PS 087	PA 087	9 PA 087	
- Hématologie biologique	PS 088	9 PS 088	PA 088	9 PA 088	
- Pharmacocinétique et métabolisme des médicaments	PS 090	9 PS 090	PA 090	9 PA 090	
- Toxicologie biologique	PS 091	9 PS 091	PA 091	9 PA 091	
					P



MISE EN GARDE : TOUS LES POSTES NE SONT PAS EXCLUSIVEMENT LOCALISES EN CHU

