



**■ 2 - DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE OU EN PHARMACIE OBTENU AVANT LE 15 JANVIER 2019**

Au **15 janvier 2019**, je suis titulaire du :

- doctorat en *médecine* ?       doctorat *en pharmacie* ?  
 OUI (joindre copie du diplôme) / obtenu le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 NON => votre candidature est **irrecevable** pour 2019-2020

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 2018-2019)**

- 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 2019**, 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 **2019-2020** :  
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 2019**

- 4.1. Au **15 janvier 2019**, je suis **titulaire** du diplôme de spécialité ou du titre de spécialiste suivant :  
intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_  
dans la discipline/spécialité : \_\_\_\_\_  
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 2019 vos semestres hospitaliers de spécialisation (cf. 3.3), votre candidature est irrecevable pour le DFMSA pour la rentrée 2019-2020  
4.3. Je souhaite postuler en France en **2019-2020** :  
le **D.F.M.S.A** de \_\_\_\_\_ (cf. annexe 1I)

**■ 5 - SEJOUR D'ETUDES EN FRANCE (déjà effectué avant octobre 2018 ou en cours en 2018-2019)**

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

**■ 6 - CONNAISSANCE DU FRANÇAIS**

Êtes-vous titulaire d'un diplôme/attestation de connaissance du **français-niveau B2** ?

- OUI     NON

Vos études de médecine/de pharmacie sont-elles **totale**ment enseignées en français ?

- OUI     NON

Si NON aux 2 questions précédentes, vous devrez impérativement obtenir cette attestation B2 **avant le 15 avril 2019**. Avez-vous une date d'épreuve de français avant le 15 avril 2019 ?

- OUI     NON

**■ 7 - OBLIGATIONS VACCINALES**

Êtes-vous en règle avec les obligations vaccinales (cf. Annexe 1L) ?

- OUI     NON (à régulariser d'urgence)

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"