



NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

■ 2 - CONNAISSANCE DE LA LANGUE FRANÇAISE

2.1. J'ai passé l'épreuve de connaissance du français et obtenu le niveau B2 :  OUI  NON

TCF  TEF  DELF le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

➤ (joindre une photocopie de l'attestation) [Durée de validité : TCF = 2 ans/TEF = 1 an/DELF = illimitée]

ou 2.2. J'ai passé un baccalauréat français le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

➤ (joindre une photocopie de ce diplôme)

ou 2.3. J'ai effectué toutes mes études en langue française en vue du diplôme de médecin/pharmacien

➤ (joindre une attestation nominative délivrée par le Doyen de la faculté concernée : cf. Annexe 2E)

■ 3 - DIPLOME DE MEDECIN ou de PHARMACIEN

Je suis titulaire du diplôme (joindre photocopie du diplôme)  de médecin  de pharmacien obtenu le \_\_\_\_\_ à (ville) \_\_\_\_\_ (pays) \_\_\_\_\_

■ 4 - DIPLOME DE SPECIALISTE OBTENU AVANT 15 janvier 2018  OUI  NON

4.1. Je suis titulaire du diplôme/titre de spécialité en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ obtenu le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

4.2. Compléter la rubrique 7.3 ci-dessous

■ 5 - EN COURS DE SPECIALISATION EN MEDECINE OU EN PHARMACIE (en 2017-2018)

5.1. Dans mon établissement d'origine, je postule en 2017-2018 le diplôme de : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ dans la spécialité de : \_\_\_\_\_

(joindre obligatoirement l'attestation d'inscription universitaire pour l'année 2017-2018)

5.2. Etudes de spécialité en cours dans le pays d'origine ou de provenance du candidat

5.2.a. J'ai débuté cette formation le :

jour mois année

auprès de l'établissement de : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

5.2.b. La durée des stages hospitaliers est de :   années / ou   mois / ou   semestres

5.2.c. Je devrai terminer ces stages en :

mois année

5.2.d. Je devrai obtenir le diplôme / le titre final en :

mois année

5.2.e. Compléter la rubrique 6 ci-dessous

5.2.f. Au 1er avril 2018, j'aurai accompli \_\_\_\_\_ mois de stage dans le cursus de spécialité

■ 6 - FONCTIONS EXERCEES AU 1er AVRIL 2018 : compléter aussi l'Annexe 1G

Au 1er avril 2018 quel est votre statut ? \_\_\_\_\_

dans quel hôpital exercez-vous ? (nom) \_\_\_\_\_

ville : \_\_\_\_\_ pays \_\_\_\_\_

■ 7 - DATE DE PRISE DES FONCTIONS EN FRANCE

7.1. Pour les DFMS et DFMSA : aurez-vous besoin d'une autorisation pour prendre vos fonctions en France au 1er novembre 2018 ?  OUI  NON

De qui relève-t-elle ?  Faculté  Hôpital  Ministère  Commission locale/nationale

Autre : \_\_\_\_\_

Quand l'obtiendrez-vous ? \_\_\_\_\_

7.2. Pour DFMS/Nombre de semestres hospitaliers restant à faire au 1er novembre 2018 :

7.3. Pour DFMSA : nombre de semestre(s) que vous souhaiteriez faire en France :  2

(préciser la nature des stages souhaités dans votre lettre de motivation exprimant clairement votre projet professionnel)

7.4. J'accepterai un poste indifféremment en CHU ou hors CHU :  OUI  NON

7.5. Je souhaite occuper un poste de FFI uniquement en CHU :  OUI  NON (cf. 7.4 et 7.6)

7.6. Je souhaite occuper un poste de FFI uniquement hors d'un CHU :  OUI  NON (cf. 7.4 et 7.5)

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 du/de la candidat(e) :  
précédée de la mention manuscrite  
"Lu et approuvé"