

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