



■ **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<sup>er</sup> 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 où 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.

<b>DEPOT DU DOSSIER</b>	<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"><li>- pour les candidats <b>ayant leur résidence en dehors de la France</b> en janvier 2018 : au service de coopération et d'action culturelle de l'<b>ambassade de France</b> ou du consulat général français du pays de résidence</li><li>- pour les candidats <b>justifiant d'une résidence en France en janvier 2018</b> et les personnes justifiant du statut d'apatride, de réfugié politique ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire à : <b>Faculté de Médecine - Inscription en DFMS/DFMSA - 4 rue Kirschleger - 67085 STRASBOURG CEDEX</b></li></ul>
-------------------------	---

## 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 chacun des dossiers de candidature)

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 <b>A.F.S.</b> (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 <b>A.F.S.A.</b> (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 <b>D.F.M.S.</b> (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 <b>D.F.M.S.A.</b> (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité : _____ année universitaire : ____/____ Faculté de : _____(1)	<input type="checkbox"/>
6 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avoir été inscrit(e) <b>en France</b> en <b>2016-2017</b> à l'Université de _____(1) diplôme postulé : _____	<input type="checkbox"/>
7 -	<input type="checkbox"/> (1)	Etre inscrit(e) <b>en France</b> en <b>2017-2018</b> 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 <b>stagiaire associé</b> en France ? du _____ au _____ Hôpital : _____	<input type="checkbox"/>
9 -	<input type="checkbox"/> (1)	Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de <b>stagiaire bénévole</b> 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 toutes lettres** 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** <sup>(1)</sup> [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 <b>effectués</b> (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"/> <b>France</b>               | <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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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).

## ANNEXE 1J

## CODE DES PAYS, DES NATIONALITES ET DES SERVICES CULTURELS

PAYS	VILLE	CODES	
		NAT	SCAC
<b>A</b>			
AFGHANISTAN	Kaboul	212	2120
AFRIQUE DU SUD	Pretoria/Le Cap	303	3030
ALBANIE	Tirana	125	1250
ALGERIE	Alger	352	3520
ALGERIE	Annaba	352	3521
ALGERIE	Constantine	352	3522
ALGERIE	Oran	352	3523
ALGERIE	Tlemcen	352	3524
ALLEMAGNE	Berlin	UE	1420
ANDORRE	Andorre-la-Vieille	AUE	1300
ANGOLA + CABINDA	Luanda	395	3950
ANTIGUA + BARBUDA	Saint John's	441	4410
ANTILLES NEERLANDAISES	Willemstad	431	4310
ARABIE SAOUDITE	Riyad	201	2010
ARGENTINE	Buenos Aires	415	4150
ARMENIE	Erevan	252	2520
AUSTRALIE	Canberra	501	5010
AUTRICHE	Vienne	UE	1100
AZERBAIDJAN	Bakou	253	2530
<b>B</b>			
BAHAMAS	Nassau	436	4360
BAHREIN	Manama	249	2490
BANGLADESH	Dacca	246	2460
BARBADE	Bridgetown	434	4340
BELGIQUE	Bruxelles	UE	1310
BELIZE	Belmopan	429	4290
BENIN	Porto Novo	327	3270
BHOUTAN	Thimbu	214	2140
BIELORUSSIE (Bélarus)	Minsk	148	1480
BIRMANIE	Rangoun	224	2240
BOLIVIE	La Paz	418	4180
BOSNIE- HERZEGOVINE	Sarajevo	118	1180
BOTSWANA	Gaborone	347	3470
BRESIL	Brasilia	416	4160
BRESIL	Rio de Janeiro	416	4161
BRESIL	Sao Paulo	416	4162
BRUNEI	Bandar Seri Begawan	225	2250
BULGARIE	Sofia	UE	1110
BURKINA FASSO	Ouagadougou	331	3310
BURUNDI	Bujumbura	321	3210
<b>C</b>			
CAMBODGE	Phnom Penh	234	2340
CAMEROUN	Yaoundé	322	3220
CANADA	Ottawa	401	4010
CANADA	Québec	401	4011
CAP VERT (Iles du)	Praia	396	3960
CENTRAFRIQUE (Rép.)	Bangui	323	3230

PAYS	VILLE	CODES	
		NAT	SCAC
<b>C</b>			
CEYLAN (Sri Lanka)	Colombo	235	2350
CHILI	Santiago de Chile	417	4170
CHINE POPULAIRE	Pékin	216	2160
CHYPRE	Nicosie	UE	2540
CISJORDANIE	Naploue / Jérusalem	261	2610
COLOMBIE	Bogota	419	4190
COMORES	Moroni	397	3970
CONGO-BRAZZAVILLE	Brazzaville	324	3240
CONGO (Rép. Démo.)	Kinshasa	312	3120
COOK (Iles) / N <sup>ELLE</sup> ZELANDE	Avarua	502	5020
COREE du NORD	Pyongyang	238	2380
COREE du SUD	Séoul	239	2390
COSTA RICA	San José	406	4060
COTE D'IVOIRE	Abidjan	326	3260
CROATIE	Zagreb	UE	1190
CUBA	La Havane	407	4070
<b>D</b>			
DANEMARK	Copenhague	UE	1010
DJIBOUTI	Djibouti	399	3990
DOMINIQUE (Iles de la)	Roseau	438	4380
<b>E</b>			
EGYPTE	Le Caire	301	3010
EIRE (Irlande)	Dublin	UE	1360
EL SALVADOR	San Salvador	414	4140
EMIRATS ARABES UNIS	Abu Dhabi	247	2470
EQUATEUR	Quito	420	4200
ERYTHREE	Asmara	317	3170
ESPAGNE	Madrid	UE	1340
ESTONIE	Tallinn	UE	1060
ETATS-UNIS	Washington	404	4040
ETHIOPIE	Addis Abeba	315	3150
<b>F</b>			
FEROE (Iles)	Thorshavn	UE	1010
FIDJI (Iles)	Suva	508	5080
FINLANDE	Helsinki	UE	1050
FRANCE	Strasbourg 1	UE	1001
<b>G</b>			
GABON	Libreville	328	3280
GAMBIE	Banjul	304	3040
GAZA (Cf. CISJORDANIE)	Gaza	261	2611
GEORGIE	Tbilissi	255	2550
GHANA	Accra	329	3290
GIBRALTAR	Gibraltar	133	1330
GRECE	Athènes	UE	1260
GRENADE	Saint-George's	435	4350

		CODES	
GROENLAND	Nuuk	430	4300
GUATEMALA	Guatemala City	409	4090
GUINEE	Conakry	330	3300
GUINEE BISSAU	Bissau	392	3920
GUINEE EQUATORIALE	Malabo / Bata	314	3140
GUYANA	Georgetown	428	4280
<b>H</b>			
HAITI	Port-au-Prince	410	4100
HONDURAS	Tegucigalpa	411	4110
HONG-KONG	Hong-Kong	230	2300
HONGRIE	Budapest	UE	1120
<b>I</b>			
ILE MAURICE	Port-Louis	390	3900
ILES COOK / N <sup>ELLE</sup> ZELANDE	Avarua	502	5020
ILES FEROE	Thorshavn	UE	1010
ILES FIDJI	Suva	508	5080
ILES MALDIVES	Malé	229	2290
ILES MARIANNES NORD	Garapan		
ILES MARSHALL	Majuro	515	5150
ILES SALOMON	Honiara		
INDE	New Delhi	223	2230
INDONESIE	Jakarta	231	2310
IRAK / IRAQ	Bagdad	203	2030
IRAN	Téhéran	204	2040
IRLANDE (EIRE)	Dublin	UE	1360
ISLANDE	Reykjavik	EEE	1020
ISRAEL	Tel Aviv / Jérusalem	207	2070
ITALIE	Rome	UE	1270
<b>J</b>			
JAMAIQUE	Kingston	426	4260
JAPON	Tokyo	217	2170
JORDANIE	Amman	222	2220
<b>K</b>			
KAZAKHSTAN	Astana	256	2560
KENYA	Nairobi	332	3320
KIRGHIZISTAN	Bichkek	257	2570
KIRIBATI	Tarawa	513	5130
KOSOVO(Cf. SERBIE)	Pristina	121	1212
KOWEIT	Koweit	240	2400
<b>L</b>			
LAOS	Vientiane	241	2410
LESOTHO	Maseru	348	3480
LETONIE	Riga	UE	1070
LIBAN	Beyrouth	205	2050
LIBERIA	Monrovia	302	3020
LIBYE	Tripoli	316	3160
LIECHTENSTEIN	Vaduz	EEE	1130
LITUANIE	Vilnius	UE	1080
LUXEMBOURG	Luxembourg Ville	UE	1370

\* ARYM = Ancienne république yougoslave de Macédoine

		CODES	
<b>M</b>			
MACAO	Macao	232	2320
MACEDOINE (ARYM)*	Skopje	156	1560
MADAGASCAR	Antananarivo	333	3330
MALAISIE	Kuala Lumpur	227	2270
MALAWI	Lilongwe/Blantyre	334	3340
MALDIVES	Malé	229	2290
MALI	Bamako	335	3350
MALTE	La Valette	UE	1440
MARIANNES DU NORD	Garapan		
MAROC	Rabat	350	3500
MARSHALL (Iles)	Majuro	515	5150
MAURICE	Port Louis	390	3900
MAURITANIE	Nouakchott	336	3360
MEXIQUE	Mexico	405	4050
MICRONESIE (Etats de la)	Palikir	516	5160
MOLDAVIE	Chisinau	151	1510
MONACO	Monte-Carlo	138	1380
MONGOLIE	Oulan Bator	242	2420
MONTENEGRO	Podgorica	121	1211
MOZAMBIQUE	Maputo	393	3930
MYANMAR (BIRMANIE)	Rangoon	224	2240
<b>N</b>			
NAMIBIE	Windhoek	311	3110
NAURU	Yaren	507	5070
NEPAL	Katmandou	215	2150
NICARAGUA	Managua	412	4120
NIGER	Niamey	337	3370
NIGERIA	Abuja / Lagos	338	3380
NIUE / N <sup>ELLE</sup> ZELANDE	Alofi	502	5020
NORVEGE	Oslo	EEE	1030
NOUVELLE GUINEE - PAPOUASIE	Port-Moresby	510	5100
NOUVELLE ZELANDE	Wellington	502	5020
<b>O</b>			
OMAN	Mascate	250	2500
OUGANDA	Kampala	339	3390
OUBKÉKISTAN	Tachkent	258	2580
<b>P</b>			
PAKISTAN	Islamabad / Karachi	213	2130
PALAU / BELAU	Koror		
PALESTINE (Cf. CISJORDANIE ET GAZA)		261	2610
PANAMA	Panama	413	4130
PAPOUASIE - NOUVELLE GUINEE	Port-Moresby	510	5100
PARAGUAY	Asuncion	421	4210
PAYS-BAS	Amsterdam	UE	1350
PEROU	Lima	422	4220
PHILIPPINES	Manille	220	2200
POLOGNE	Varsovie	UE	1220
PORTO RICO	San Juan	432	4320
PORTUGAL	Lisbonne	UE	1390

		CODES	
<b>Q</b>			
QATAR	Doha	248	2480
<b>R</b>			
REP. DOMINICAINE	Saint-Domingue	408	4080
REP. TCHEQUE	Prague	UE	1160
ROUMANIE	Bucarest	UE	1140
ROYAUME UNI	Londres	UE	1320
RUSSIE	Moscou	123	1230
RWANDA	Kigali	340	3400
<b>S</b>			
SAINTE LUCIE (Ile)	Castries	439	4390
SAINT-KITTS ET NEVIS	Basseterre	442	4420
SAINT-MARIN	Saint-Marin	128	1280
SAINT-VINCENT / GRENADINES	Kingston	440	4400
SALOMON (Iles)	Honaria	512	5120
SALVADOR	San Salvador	414	4140
SAMOA Américaines	Pago-Pago		
SAMOA (Occidentales)	Apia	506	5060
SAO TOME et PRINCIPE	Sao Tomé	394	3940
SENEGAL	Dakar	341	3410
SERBIE-MONTENEGRO	Belgrade	121	1210
SEYCHELLES (Iles)	Victoria	398	3980
SIERRA LEONE	Freetown	342	3420
SINGAPOUR	Singapour	226	2260
SLOVAQUIE	Bratislava	UE	1170
SLOVENIE	Ljubljana	UE	1450
SOMALIE	Muqdisho	318	3180
SOUDAN	Khartoum	343	3430
SRI LANKA (CEYLAN)	Colombo	235	2350
SUEDE	Stockholm	UE	1040
SUISSE	Berne	AUE	1400
SURINAM	Paramaribo	437	4370
SWAZILAND	Mbabane	391	3910
SYRIE	Damas	206	2060
<b>T</b>			
TADJIKISTAN	Douchanbé	259	2590
TAIWAN	Taipei	236	2360
TANZANIE	Dodoma / Dar Es-salaam	309	3090
TCHAD	N'Djamena	344	3440
TCHEQUE (REP.)	Prague	UE	1150
THAÏLANDE	Bangkok	219	2190
TIMOR-ORIENTAL	Dili		
TOGO	Lomé	345	3450
TOKELAU (N <sup>ELLE</sup> ZELANDE)		502	5020
TONGA	Nukualofa	509	5090
TRINITE et TOBAGO	Port of Spain	433	4330
TUNISIE	Tunis	351	3510
TURKMENISTAN	Achgabat	260	2600
TURQUIE	Ankara	208	2080
TUVALU	Funafuti	511	5110

		CODES	
<b>U</b>			
UKRAINE	Kiev	155	1550
URUGUAY	Montevideo	423	4230
<b>V</b>			
VANUATU	Port-Vila	514	5140
VATICAN (Cité du)		129	1290
VENEZUELA	Caracas	424	4240
VIETNAM	Hanoï	243	2430
<b>W</b>			
<b>X</b>			
<b>Y</b>			
YEMEN	Sanaa	251	2510
<b>Z</b>			
ZAIRE (Rép. Dém. Congo)	Kinshasa	312	3120
ZAMBIE	Lusaka	346	3460
ZIMBABWE	Harare	310	3100

APATRIDES, REFUGIES POLITIQUES ET BENEFICIAIRE DE LA PROTECTION SUBSIDIAIRE EN FRANCE	Strasbourg 2	995	1002
AUTRES PAYS		990	9900

UE : Union Européenne (28 pays)

EEE : Espace Economique Européen (3 pays)

AUE : "Assimilé"   l'UE (2 pays)