

■ 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"