**CONTRAT DE FORMATION PERSONNELLE PROFESSIONNALISANTE**

**Mentionné à l’article R 632-26 du code de l’éducation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. L’étudiant** | | | | |
| Nom : | Prénom : |  | Date de Naissance |  |
| Inscrit dans le Diplôme d’études spécialisées : | |  | Année  ECN/\* |  |
| UFR de rattachement… | |  | Mail : | |
| Filière (médecine, pharmacie ou odontologie) | |  | | |

*\*Pour les étudiants pharmaciens inscrits en DES de Biologie Médicale : année du concours de l’internat*

*Pour les étudiants en odontologie inscrits en DES de chirurgie orale : année du concours de l’internat*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. L’Unité de Formation et de Recherche** | | | |
| Référent pédagogique : | |  | |
| Le (la) coordonnateur(trice) local(e) de la spécialité \* : | |  | |
| Nom, Prénom : | | Mail : | |
| Commission locale de coordination de la spécialité de : | | | |
| Date de l’avis |  | Signataire |  |
| Le (la) Directeur(trice) de la faculté (unité de formation et de recherche) de l’université : | | | |
| Nom, Prénom |  | | |
| Date de la signature  et des éventuels  avenants |  | | |

*\*coordonnateur interrégional pour le DES de chirurgie orale (avec l’odontologie)*

3. Pour les internes et assistants du Service de santé des hôpitaux des armées

Accord de l’autorité militaire en date du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signataire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Partie A : Projet professionnel**

**Cette partie est à compléter au fur et à mesure de l’élaboration du projet de l’étudiant**

Date prévue de fin de DES : CESP en cours : OUI/NON

Option précoce : ……………………………………

Mode(s) d’exercice envisagé(s) :

☐ Hospitalier : ☐ Ambulatoire : ☐ Mixte

☐ Public ☐ Centre Municipal

☐ Privé ☐ Cabinet

☐ Mixte publique /privé ☐ Maison de Santé

☐ Service de santé des armées

Type(s) d’activité souhaité(s) : (plusieurs options possibles)

☐ Soins1 ☐ Enseignement ☐ Recherche ☐ Management

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

Zone(s) géographique, Site(s) d’activité souhaité(s) :

Type(s) d’activité(s) envisagées(s) : (plusieurs options possibles)

☐ Urbaine ☐ Semi-rurale ☐ Rurale

Description de la pratique envisagée (quantité de temps travaillé, ratio de temps entre les activités, etc…) :

Un parcours-recherche est-il envisagé ? Si oui dans quel domaine ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Niveau | Domaine | Année de réalisation |
| ☐ Master |  |  |
| ☐ Doctorat |  |  |

**Disposition particulière : (projet de disponibilité, compétences additionnelles, option ou FST…):**

**Avis du coordonnateur\* local et/ou de la commission\* locale :**

*Cohérence du projet :*

*Option ou FST :*

*Pertinence du projet dans son intégration à l’offre de soins territoriale (éventuelle proposition de CESP) :*

1 Inclus les activités cliniques, radiologiques et biologiques

\* *interrégional pour le DES de chirurgie orale*

**Partie B : Parcours et objectifs pédagogiques**

**Formation hors stage :**

Le cas échéant, modules complémentaires disponibles sur la PND à suivre :

Complément(s) éventuel(s) de formation dans le cadre du DES et, le cas échéant, de l’option ou

de la FST :

**Formation en stage :**

*Les stages à réaliser en priorité sont ceux prescrits par la maquette du DES et, le cas échéant, de*

*l’option ou de la FST ; leur relevé figure dans le portfolio.*

Stages pertinents dans le cadre de la réalisation du projet de l’étudiant :

Stages hors subdivision (ou hors région) pertinents dans le cadre du projet de l’étudiant :

Stages à l’étranger pertinents dans le cadre du projet de l’étudiant :

**Travaux**

Thèse d’exercice :

Titre

Directeur

Structure

Mémoire de spécialité :

Titre

Directeur

Structure

**Phase de consolidation (sans objet pour le DES de Médecine générale) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date | Actes, compétences à parfaire : | Ajustements du parcours proposés |
|  |  |  |
|  |  |  |

Hors soins (laboratoire, cours-tutorat, management-représentation, comptabilité-logistique…) :

**Avis de la coordination et/ou commission :**

Cohérence :

Faisabilité (Avis du coordonnateur\* local et/ou de la commission \*pédagogique locale) :

**\*** *Interrégional pour le DES de chirurgie orale*

**Partie C : Travaux, post-DES et insertion professionnelle**

**Travaux complémentaires optionnels :**

Doctorat :

Titre(s)

Directeur(s)

Structure(s)

Mémoire :

Titre(s)

Directeur(s)

Structure(s)

Article(s) :

Titre(s)

Directeur(s)

Structure(s)

**Projet de fin de DES :**

Activité envisagée sur les 3 ans post-DES : (mettre le numéro de l’année en face du poste)

☐ CCA ☐ Installation ☐ Exercice ☐ Poste ☐ PH

Mixte libéral-salarié contractuel/AUMG

☐ Assistant des ☐ Assistant ☐ CCU-MG ☐ Poursuite ☐ Autres

Hôpitaux partagé parcours recherche à préciser

(Administration,

agences etc.)

☐ Service de santé des armées

Si « Autres », préciser :

**Commentaires libres :** *Conformément au règlement 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel, à la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, l’étudiant donne son accord pour l’exploitation des données contenues dans le présent contrat. :*

**Signatures**

**L’étudiant(e) Le Coordonnateur Local La Doyenne de la Faculté**