

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				
Réfèrent 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
<input type="checkbox"/> Master		
<input type="checkbox"/> 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)

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CCA | <input type="checkbox"/> Installation | <input type="checkbox"/> Exercice
Mixte libéral-salarié | <input type="checkbox"/> Poste
contractuel/AUMG | <input type="checkbox"/> PH |
| <input type="checkbox"/> Assistant des
Hôpitaux | <input type="checkbox"/> Assistant
partagé | <input type="checkbox"/> CCU-MG | <input type="checkbox"/> Poursuite
parcours recherche | <input type="checkbox"/> Autres
à préciser
(Administration,
agences etc.) |
| <input type="checkbox"/> 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

Le Doyen de la Faculté