

## CONTRAT DE FORMATION PERSONNELLE PROFESSIONNALISANTE

AVENANT N°2020 /  1  \*\*

Cet avenant vient compléter le premier Contrat de Formation Personnelle Professionnalisante initialement établi le \_\_\_\_\_

pour  Mme  M. \_\_\_\_\_ épouse \_\_\_\_\_

interne inscrit (e) au DES de \_\_\_\_\_

pour les dispositions ci-dessous :

### **1- Parcours-recherche** (a)

---

---

### **2 – Dispositions particulières**

#### **2.1 - Projet de disponibilité** (a)

---

---

#### **2.2 - Compétences additionnelles à acquérir** (a)

---

---

#### **2.3 – Candidature (s) à une FST** (a)

OUI  NON  Non décidée

pour la (les) FST \_\_\_\_\_

---

---

#### **2.4 – Candidature (s) à une Option** (a)

OUI  NON  Non décidée

pour l' (les) option (s) \_\_\_\_\_

---

---

### **3 – Pertinence du projet dans son intégration à l'offre de soins territoriale**

**3.1 – Proposition de CESP** ° :  OUI  NON

#### **3.2 – Autre (s) avis**

---

---

### **4 – Formation hors stage**

Modules complémentaires à suivre sur la PND (a)



**5 – Formation en stage**

5.1 – Stages pertinents à effectuer d’ici à la fin de la phase 2 (a)

---

---

5.2 – Stages hors subdivision à accomplir d’ici à la fin de la phase 2 (a)

---

---

5.3 – Stages à l’étranger conseillés (a)

---

---

**6 – Travaux à réaliser**

6.1 – Pour la Thèse d’exercice (titre, directeur, structure) (a)

---

---

6.2 – Pour le mémoire de spécialité (titre, directeur, structure) (a)

---

---

**7 – Avis du coordonnateur local (\*) sur la cohérence et la faisabilité du projet**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signatures :**

**Interne :**

**Coordonnateur local \* :**

**Doyen :**



\*\* : veuillez donner un numéro courant propre à ce candidat (n°1 si c'est le 1<sup>er</sup> avenant, etc....)

\* : interrégional pour le DES de chirurgie orale

° : CESP = Contrat d'Engagement du Service Public

(a) : veuillez tracer un trait sur cette rubrique si elle ne donne pas lieu à un additif au contrat initial