**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 : | | | Hématologie | Année  ECN/\* |  |
| UFR de rattachement… | | | Université Paris Saclay (Faculté Simone Veil) | Mail |  |
| Filière (médecine, pharmacie ou odontologie) | | | Médecine | | |

*\*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 \* : | |  |  | |  |
| UFR de médecine | |  | Mail | |  |
| Commission locale de coordination de la spécialité d’HEMATOLOGIE | | | | | |
| Date de l’avis | 30/08/2023 | 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 :

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) : Ile de France

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…):**

Non

**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 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 :**