



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
FACULTÉ DE PHARMACIE

CONTRAT DE FORMATION PERSONNELLE PROFESSIONNALISANTE

(Article R 632-26 du code de l'éducation)

Date de l'actualisation :

1. L'ÉTUDIANT

NOM(naissance) **Prénom** :

Date Naissance : Année ECN* :

Adresse Mail :

Inscrit(e) dans le DES de :

UFR de rattachement : Filière :

**Pour les étudiants en Pharmacie 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, COORDONNATEUR LOCAL DE LA SPÉCIALITÉ*

Prénom NOM :

Adresse Mail :

Commission locale de coordination du DES :

Date de l'avis :

**Coordonnateur interrégional pour le DES de Chirurgie orale*

DIRECTEUR DE L'UFR DE RATTACHEMENT

Date de la signature :

PHASE SOCLE : PROJET PROFESSIONNEL

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

Date prévu de fin de DES :

CESP en cours :

OUI

NON

Option précoce :

MODE(S) D'EXERCICE ENVISAGÉ(S)

HOSPITALIER :

Public

Privé

Mixte publique/privé

AMBULATOIRE :

Centre municipal

Cabinet

Maison de Santé

MIXTE

TYPE(S) D'ACTIVITÉ(S) SOUHAITÉ(S)

SOINS⁽¹⁾

ENSEIGNEMENT

RECHERCHE

MANAGEMENT

NON déterminé

AUTRE :

⁽¹⁾ Inklus les activités cliniques, radiologiques et biologiques

ZONE(S) GÉOGRAPHIQUE(S), SITE(S) D'ACTIVITÉ SOUHAITÉ(S)

TYPE(S) D'ACTIVITÉ(S) ENVISAGÉE(S) (Plusieurs options possibles)

URBAINE

SEMI-RURALE

RURALE

NON déterminé

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 prévue

Master :

Doctorat :

DISPOSITION PARTICULIÈRE ENVISAGÉE (projet de disponibilité, compétences additionnelles, option ou FST...)

DISPONIBILITÉ :

6 mois

12 mois

OPTION :

FST :

AUTRE :

AVIS DU COORDONNATEUR* LOCAL ET/OU DE LA COMMISSION* LOCALE

(* interrégional pour le DES de Chirurgie orale)

COHÉRENCE DU PROJET :

OPTION recommandée :

FST recommandée :

Pertinence du projet dans son intégration à l'offre de soins territoriale :

Éventuelle proposition de CESP :

OUI

NON

PHASE APPROFONDISSEMENT : PARCOURS DE FORMATION 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 à réaliser dans la phase d'approfondissement, dans le cadre de la réalisation du projet de l'étudiant :

Stages HORS SUBDIVISION ou HORS RÉGION à réaliser :

Stages À L'ÉTRANGER pertinents dans le cadre de la réalisation du projet de l'étudiant :

TRAVAUX

Thèse d'Exercice Médicale :

Titre : _____

Directeur : _____

Mémoire de DES (si en plus de la Thèse) :

Titre : _____

Directeur : _____

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 DU COORDONNATEUR* LOCAL ET/OU DE LA COMMISSION* LOCALE

(* interrégional pour le DES de Chirurgie orale)

**COHÉRENCE
DU PROJET :**

FAISABILITÉ :

PHASE CONSOLIDATION : TRAVAUX, POST-DES ET INSERTION PROFESSIONNELLE

TRAVAUX COMPLÉMENTAIRES OPTIONNELS :

THÈSE D'EXERCICE MÉDICALE :

Titre : _____
Directeur : _____ Date d'obtention : _____ Lieu : _____

MÉMOIRE DE DES (si en plus de la Thèse) :

Titre : _____
Directeur : _____ Date d'obtention : _____ Lieu : _____

MASTER 2

Titre : _____
Directeur : _____ Date d'obtention : _____ Lieu : _____

ARTICLE(S) :

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

Titre : _____
Auteurs : _____ Réf. PUBMED : _____

PROJET DE FIN DE DES : Activité envisagée sur les 3 ans post-DES (mettre le numéro de l'année en dessous du poste) :

CCA	Installation	Exercice Mixte libéral-salarié	Poste contractuel/AUMG	PH	Assistant des hôpitaux	Assistant partagé	CCU-MG	Poursuite parcours recherche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTRE, préciser : _____
(Administration, agences etc.) :

PROJET de thèse d'Université :

COMMENTAIRE LIBRE :

Signature et tampon du coordonnateur local*

Signature de l'étudiant

* interrégional pour le DES de Chirurgie orale

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 personnelle 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.