

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 :

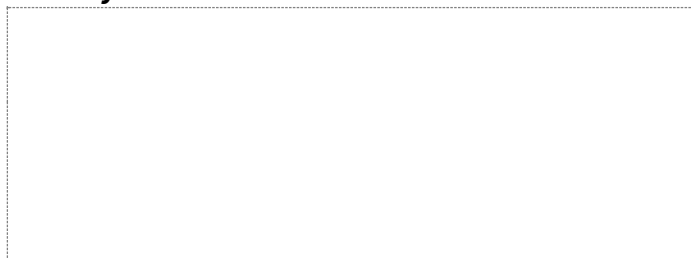
Commission locale de coordination du DES :

Date de l'avis :

**Coordonnateur interrégional pour le DES de Chirurgie orale*

Directeur de l'UFR de rattachement

Le Doyen de la Faculté de



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 prévue de fin de DES : _____ CESP en cours : ☐ OUI ☐ NON
Option précoce : _____

Mode(s) d'exercices envisagé(s)

- | | | |
|---|---|--------------------------------|
| ☐ HOSPITALIER : | ☐ AMBULATOIRE : | ☐ MIXTE |
| ☐ Public | ☐ Centre municipal | |
| ☐ Privé | ☐ Cabinet | |
| ☐ Mixte publique/privé | ☐ Maison de Santé | |

Types(s) d'activité(s) souhaité(s)

- ☐ SOINS⁽¹⁾ ☐ ENSEIGNEMENT ☐ RECHERCHE ☐ MANAGEMENT ☐ NON déterminé
☐ AUTRE : _____

⁽¹⁾ Inclut 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 de 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

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 : _____

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

☐ 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.