**ANNEXE 1B**

**COOPERATION**

**2025 - 2026**

**DOSSIERS 1 et 2**

**Date limite de reception du dossier à Strasbourg**

***15 avril 2025***

|  |
| --- |
| **D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.** |

**INSCRIPTION DANS LE CADRE**

**D’UN ACCORD DE COOPERATION**

**(à faire établir et signer par les autorités françaises de la Faculté et du Centre hospitalier d'accueil)**

NOM de naissance :  Madame  Monsieur

Prénom :

Pour les femmes mariées : épouse (nom du mari) :

Nom usuel (le cas échéant) :

né(e) le à ( )

nationalité(s) et

originaire de la Faculté de Médecine de Pharmacie

de : Ville : Pays :

postule pour l'année universitaire **2025-2026  au :**

  DFMS   DFMSA

de

correspondant à une partie de la formation dispensée en France

dans le cadre d'un **accord de coopération** conclu

avec l'**Université** de / France

et son U.F.R. de  Médecine  Pharmacie de :

et/ou l'**établissement hospitalier** de :

Le(la) candidat(e) **disposera d'un poste SUPPLEMENTAIRE de F.F.I.,** au titre de la **coopération, ce poste n’étant**

**pas ouvert au contingent national ni publié au Journal Officiel pour 2025-2026 :**

dans le service de :

dirigé par (nom du chef de service) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

au centre hospitalier de : Ville :

relevant de la Faculté de Médecine de :

avec prise obligatoire de fonctions durant 2 semestres: du 2 novembre 2025 au 31 octobre 2026

financé par le  CHU  Hôpital français d’accueil sur son propre budget

ou par  le versement de la somme de 36.000 euros/an à l’hôpital par l’organisme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1)

(1) Une convention de financement devra être **préalablement** signée entre l’organisme concerné et l’hôpital d’accueil.

|  |
| --- |
| **Partie à remplir par les autorités françaises** |

Fait à le,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Le Directeur Général** (du CHU  ou de l'établissement de santé) d'**accueil**  (si l’hôpital relève de l’AP-HP  signature obligatoire de la DOMU)  Nom (A) :  Prénom :  Signature : |  **Le coordonnateur local** de  la spécialité postulée confirme  Le service est-il agréé pour le D.E.S. ?  OUI NON  Nom (A) :  Prénom :  Faculté :  Signature : |  **Le Doyen de la Faculté**  - ayant passé l’accord de coopération  - ou pour la Région parisienne, dont relève le coordonnateur local  Nom (A) :  Prénom :  Faculté :  Signature : |

(A) Veuillez préciser les nom et prénom du signataire et apposer son cachet officiel

(A) Veuillez préciser les nom et prénom du signataire et apposer son cachet officiel