|  |
| --- |
| **ANNEXE 1C**  **D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.**  **DOSSIER 1** |

**DATE LIMITE**

**DE RECEPTION**

**DU DOSSIER A**

**STRASBOURG**

***16 MARS 2025***

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

**(à joindre obligatoirement à chacun des dossiers de candidature)**

**A RECUPERER DU DOSSIER N°1**

Je soussigné(e)

(nom et prénom du/de la candidat(e))

Pour les femmes mariées (nom du mari) déclare sur l'honneur :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si | **OUI** |  | **NON** |
| 1 - | (1)     | Avoir déjà pris une inscription en France à une formation conduisant à l'un des diplômes suivants :  - D.I.S. (Diplôme interuniversitaire spécialisé)  - D.I.S.C. (Diplôme interuniversitaire spécialisé complémentaire) |    |
| 2 - |   (1) | Avoir déjà pris une inscription en France pour une **A.F.S.** (Attestation de formation spécialisée) dans la discipline :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)  auprès de la Faculté de Médecine / Pharmacie de :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 3 - |   (1) | Avoir pris une inscription en France pour une **A.F.S.A.** (Attestation de formation spécialisée approfondie) dans la discipline :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)  auprès de la Faculté de Médecine / Pharmacie de :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 4 - |   (1) | Avoir déjà pris une inscription en France pour un **D.F.M.S.** (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  année universitaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_ Faculté de :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1) |  |
| 5 - |   (1) | Avoir déjà pris une inscription en France pour un **D.F.M.S.A.** (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  année universitaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_ Faculté de :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1) |  |
| 6 - |   (1) | Avoir été inscrit(e) **en France** en **2023-2024** à l'Université de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)  diplôme postulé :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 7 - |   (1) | Etre inscrit(e) **en France** en **2024-2025** à l'Université de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)  diplôme(s) postulé(s) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 8 - |   (1) | Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de **stagiaire associé** en France en 2023-24 et/ou 2024-25 ?  du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hôpital :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 9 - |   (1) | Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de **stagiaire bénévole comme observateur** en France ?  du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hôpital :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 10 - |   (1) | Avez-vous déjà déposé une candidature au DFMS ou au DFMSA ?  pour 2020-2021 ?  pour 2021-2022 ?  pour 2022-2023 ?  pour 2023-2024  0 en 2024-25 ? |  |
| 11 - |   (1) | Avez-vous déjà renoncé à une précédente affectation en DFMS ou DFMSA ?  Si OUI, pour quelle année ?  pour 2020-2021  pour 2021-2022  pour 2022-2023 ?  pour 2023-2024 ? 0 pour 2024-2025 (2) pour quel motif ? |  |

1. **joindre obligatoirement à l'arrière** de cette Annexe 2C les certificats ou attestations de scolarité correspondants
2. **précisez le motif et la date exacte du désistement :**

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_le,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature originale du candidat après avoir écrit en toutes lettres** à la main : "J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus et connais les suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète" :