|  |
| --- |
| **ANNEXE 1D-DFMS****DOSSIER 1** |

**DATE LIMITE DE RECEPTION**

**DU DOSSIER A LA FACULTE**

***16 MARS 2025***

**A récupérer du dossier N°1 pour 2025-2026**

|  |
| --- |
| **ATTESTATION DE LA DUREE DE LA FORMATION HOSPITALIERE** |
| **AUTORISATION DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT****DE POURSUITE DE LA FORMATION SPECIALISEE EN France** |
|  **CANDIDAT AU D.F.M.S.** |

[ Ce formulaire peut être remplacé par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté en reprenant cette formulation ]

Je soussigné(e), **uniquement**

(2)  **Doyen** : Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(2)  **Secrétaire Principal\* :** Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mél : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

atteste que

Mme / M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

a commencé la spécialité de (intitulé exact) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en qualité de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

à la date du (jour/mois/année) :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / | 2 | 0 |  |  |

Cette spécialité exige réglementairement, sur le **plan pratique**, l'accomplissement
de \_\_\_\_\_ **semestres hospitaliers** (ou de \_\_\_\_\_\_ mois hospitalier) dans ladite discipline conformément aux **dispositions officielles ci-jointes** (1) [hors stage invalidé à refaire ou à rattraper dans l'établissement d'origine] conformément à :

 l'arrêté ministériel fixant la durée de la formation pour la spécialité (joindre copie)  la décision du Conseil de Faculté fixant cette durée de formation(joindre copie)

(1)

Ces obligations de **hospitalières** prendront fin le (jour/mois/année) :
En conséquence, il **restera à accomplir** au(à la) candidat(e), **au 1er novembre 2025 :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | / |  |  | / | 2 | 0 |  |  |

 \_\_\_\_\_ semestre(s) ou \_\_\_\_\_\_ mois de stage.

L’intéressé(e) finalisera sa formation spécialisé avec délivrance du diplôme le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L'intéressé(e) a obtenu le **diplôme de docteur**  **en médecine**  **en pharmacie** en date du auprès de la Faculté de ( )

 J'autoriserai l'intéressé(e) à prendre ses fonctions en France

 Je n'autoriserai pas au **1er novembre 2025**

 Je validerai la formation suivie et les semestres hospitaliers

 Je ne validerai pas effectués en France à son retour au titre de la spécialité postulée

Les **objectifs pédagogiques** à atteindre durant la formation en France sont les suivants :

*(à compléter sur une page annexe)*

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature **lisible** (avec **nom, prénom**

du signataire et **cachet** de l'établissement)

**(avec traduction en français si nécessaire)**

(1)Joindre copie des dispositions officielles précisant la durée de **formation pratique**

 exigée pour ladite spécialité (en mois, en semestres ou en années)

\* Secrétaire Général ou Secrétaire Principal ou Responsable Administratif

1. A compléter obligatoirement

|  |
| --- |
| **ANNEXE 1D-DFMSA****DOSSIER 1** |

**DATE LIMITE**

***16 MARS 2025***

**A récupérer du dossier N°1 pour 2025-2026**

|  |
| --- |
| **RELEVE DETAILLE DU CURSUS DE SPECIALITE****EFFECTUE A CE JOUR EN DEHORS DE LA FRANCE** |
|  **CANDIDAT AU D.F.M.S.A.** |

[ Ce relevé peut être remplacé par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté en reprenant cette formulation ]

Je soussigné(e),

 (nom et prénom)

**uniquement** (2)  Doyen  Secrétaire Général

atteste que

Mme / M.

né(e) le à ( )

a obtenu le **diplôme de docteur**  **en médecine**  **en pharmacie** en date du

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ auprès de la Faculté de ( )

a commencé la spécialité de (intitulé exact)

en qualité de

à la date du (jour/mois/année) :

a obtenu le **diplôme**  **de médecin spécialiste**

  **de pharmacien spécialiste** dans la spécialité de : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

à la date du à

A ce jour, l'intéressé(e) a effectué les stages hospitaliers **spécialisés** détaillés dans
l'**Annexe 1E.**

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature (avec **nom, prénom**

du signataire et **cachet** de l'établissement)

(Doyen ou Secrétaire Général)

**(avec traduction en français si nécessaire)**

(2) A compléter obligatoirement

P.J. : Joindre relevé détaillé des semestres / **Annexe 1E**