(En majuscules)

**NOM**

**Année universitaire 2025-2026**

**PRENOM**

**EPOUSE**

Médecin

**DOSSIER 1**

(A cocher)

 **accepté**

 **en instance**

**DOSSIER 2**

**DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER A**

Pharmacien

**Année universitaire 2025-2026**

 **refusé**

**LA FACULTE**

***16 MARS 2025***

**DOSSIER DE CANDIDATURE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS ÉTRANGERS**

**AUTORISES A POURSUIVRE LA PROCEDURE EN VUE D'UN DIPLOME DE FORMATION MEDICALE SPECIALISEE (DFMS) OU D'UN DIPLOME DE FORMATION MEDICALE SPECIALISEE APPROFONDIE (DFMSA) - RENTREE UNIVERSITAIRE 2025/2026**

 **Type d'inscription :** Contingent National [accord de coopération avec si Annexe 1B ]

 **DFMS** de (3) S

\_

 **DFMSA** de (3) A

 **(3) Si oncologie médicale,** précisez : 0 Oncologie générale / 0 pour la spécialité de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Si biologie médicale, quelle option ?..........................................................................................................**

**A/** Je candidate pour **toutes les villes** ci-dessous **classées** selon mon **ordre de priorité** : (ne pas compléter le code des facultés) / sur **chaque dossier** cochez la **case de la faculté** à laquelle ce **dossier est destiné** :

**[Dossier allégé/Archive Strasbourg (obligatoire)]**  8ème

Ministère de l'Education nationale et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MENESR)

Ministère des Affaires Etrangères et du développement international (MAE) / Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes (MASS)

[Cette liste doit figurer dans le même ordre sur **tous** vos dossiers]

 1er -

 2ème -

 3ème -

 4ème -

 5ème -

 6ème -

 7ème -

 9ème

 10ème

 11ème

 12ème

 13ème

 14ème

 15ème

**B/**  **Rapprochement familial souhaité** avec M./Mme (nom et prénom complets)

Lien de parenté : pour les facultés ci-dessus n° (si elles disposent de postes de la spécialité)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1 - Faire **un dossier de candidature complet avec les documents exigés pour chaque université postulée** **2 - Faire aussi un dossier allégé à envoyer par mèl à la Faculté de Médecine de Strasbourg (cochez la case 0 supra)****3 - Chaque dossier complet est envoyé par le candidat à chacune des facultés postulées selon les modalités spécifiques dans le respect de l’Annexe 3 ci-jointe. Uniquement des photocopies et JAMAIS de document original.**4 - **Si le dossier est à envoyer par la poste, il doit être rangé** dans une **pochette plastique transparente (sans bouton pression, ni fermeture éclair), en cochant dans le cadre A ci-dessus le nom de la Faculté destinataire**4 - Ne joindre que les **photocopies** des documents demandés. **Ne jamais joindre le document original**.  |
|  | **L'envoi doit parvenir à la faculté pour le 16 mars 2025** |

 **1 - ETAT CIVIL**  Homme  Femme (en lettres majuscules)

1.1. NOM DE NAISSANCE : Prénoms :

Pour les femmes mariées : Epouse de :

Né(e) le à Pays

jour mois année

1.2. **Nationalité actuelle** : Code : (cf. Annexe 1J) Avez-vous une **seconde nationalité** ? NON OUI, laquelle ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ► *(joindre la photocopie de la(des) pièce(s) d'identité ou du(des) passeport(s) traduite en français) : cf. Annexe 1F*

 Bénéficiez-vous du **statut de réfugié** (ou assimilé) en France ? NON OUI

 ► *(joindre la photocopie du document officiel en cours de validité) – Date d’entrée en France ………………….*

1. **3.** **Faculté d’origine** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pays :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.4. Adresse permanente et complète

Ville : Province/Région : Pays : \_ Télép

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| hone/indicatif pays (depuis France) : 0 0 N° d'appel : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| @ |

Mél :

 (4) écrire en **lettres majuscules espacées avec point et tiret haut ou tiret bas : sera utilisé pour tous nos échanges avec vous**

 **- 2 -**

**NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Année 2025-2026

**PRÉNOM**

 **2 - CONNAISSANCE DE LA LANGUE FRANÇAISE**

2.1. J'ai passé l'épreuve de connaissance du français et obtenu le ***niveau B2*** : OUI NON

**TCF**  **TEF**  **DELF** le à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (joindre **Annexe 2G)**

 TEF organisé par la Chambrede commerce et d’industrie de Paris (oral + écrit**)**

 Avez-vous obtenu le niveau **B2** aux épreuves ci-dessous ?

* **Expression orale** : oui non / **Compréhension orale** : oui non

 *(joindre une photocopie de l'attestation) [Durée de validité : TCF = 2 ans/TEF = 1 an/DELF = illimitée]*

ou 2.2. J'ai passé **un baccalauréat français** le à

 *(joindre une photocopie de ce diplôme)*

ou 2.3. J'ai effectué **toutes** mes **études en langue française** en vue du diplôme de médecin/pharmacien

 *(joindre une attestation nominative délivrée par le Doyen de la faculté concernée : cf.* ***Annexe 2E****)*

 **3 - DIPLOME DE MEDECIN ou de PHARMACIEN**

Je suis **titulaire** du diplôme (*joindre photocopie du diplôme)* de médecin de pharmacien obtenu le à (ville) (pays)

 **4 - DIPLOME DE SPECIALISTE OBTENU AVANT 15 janvier 2025**  **OUI**  **NON**

Je suis **titulaire** du diplôme/titre **de spécialité** en

 obtenu le à Pays :

 **5 - EN COURS DE SPECIALISATION EN MEDECINE OU EN PHARMACIE (en 2024-2025)**

5.1. Dans mon établissement d'origine, je postule en **2024-2025** le diplôme de :

 dans la spécialité de :

(joindre obligatoirement ***l'attestation d'inscription universitaire*** pour l'année 2024-2025)

5.2. **Etudes de spécialité en cours dans le pays d'origine ou de provenance du candidat**

5.2.a. J'ai débuté cette formation le :

jour mois année

auprès de l'établissement de :

Ville :

Pays :

5.2.b. La durée des stages hospitaliers est de : années / ou mois / ou semestres

5.2.c. Je devrai **terminer ces stages** en : 2 0

mois année

5.2.d. Je devrai obtenir le diplôme / le titre final en : 2 0

mois année

5.2.e. **Au 1er avril 2023**, j'aurai accompli **mois de stage** dans ce **cursus de spécialité**

 **6 - FONCTIONS EXERCEES AU 16 mars 2025** : compléter aussi l'**Annexe 1G**

Au 16 mars 2025 quel est votre statut ? dans quel **hôpital** exercez-vous ? (nom) ville : pays

 **7 - DATE DE PRISE DES FONCTIONS EN FRANCE**

7.1. Pour **DFMS et DFMSA** : aurez-vous besoin **d’une autorisation** pour prendre vos fonctions en France au

**1er novembre 2025** ?  OUI  NON

De qui relève-t-elle ?  Faculté  Hôpital  Ministère  Commission locale/nationale

  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quand l’obtiendrez-vous ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.2. Pour **DFMS**/Nombre de **mois hospitaliers** restant à effectuer **au 1er novembre 2025** :

7.3. Pour **DFMSA** : obligatoirement 2 semestres devront être faits en France, sous peine d’exclusion

(préciser la nature des stages souhaités dans votre lettre de motivation exprimant clairement votre projet professionnel)

7.4. J'accepterai un poste **indifféremment** en CHU ou hors CHU : OUI NON

7.5. Je souhaite occuper un poste de FFI **uniquement en CHU** : OUI NON (cf. 7.4 et 7.6)

7.6. Je souhaite occuper un poste de FFI **uniquement hors d'un CHU** : OUI NON (cf. 7.4 et 7.5)

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" art 39, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche - Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle - Mission des formations de santé / DGESIP A-MFS - 1 rue Descartes - 75231 Paris Cedex 05

Fait à le

Signature originale du/de la **candidat(e)** :

**précédée** de la mention manuscrite

"Lu et approuvé"

P.J.: Annexe 2B - Instructions