

## Attestation d'accomplissement d'un parcours de consolidation des compétences

**Vu** le code de la santé publique et notamment les articles L4111-2-1 et L4221-12

**Vu** le décret n°2020-1017 du 7 août 2020 portant application du IV et du V de l'article 83 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien par les titulaires de diplômes obtenus hors l'Union européenne et de l'Espace économique européen

**Vu** l'arrêté du 15 décembre 2021 relatif à l'inscription des praticiens titulaires de diplômes obtenus hors de l'Union européenne et de l'Espace économique européen candidats à l'autorisation d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien

**Considérant** le parcours de consolidation des compétences prescrit par la Commission nationale d'autorisation d'exercice réunie le

**Vu** la décision de l'Agence régionale de santé ARS de , en date du portant affectation de l'intéressé(e) en qualité de praticien associé à plein temps au Centre hospitalier , et ainsi validant son lieu d'accueil

*LE DOYEN DE L'UFR DE MEDECINE*

**Vu** la notification du Conseil National de Gestion (CNG) en date du précisant les obligations de parcours de consolidation comme suit :

1. Inscription dans le cadre de la formation initiale sous statut d'études à l'université comportant une UFR assurant la formation requise en 3ème cycle des études de médecine, et le cas échéant à des formations complémentaires
2. Parcours de formation pratique comportant :  
Une durée totale de \_\_\_\_\_ mois de stage se répartissant en :
  - a. \_\_\_\_ mois en
  - b. \_\_\_\_ mois en
  - c. \_\_\_\_ mois en
3. Le cas échéant une formation théorique nécessitant la validation :

*ATTESTE QUE*

Madame la docteure

épouse

Monsieur le docteur

né(e)le

à

(pays :

)

1. **A été inscrit(e)** à l'UFR de médecine de l'Université en phase socle et/ou d'approfondissement de la spécialité au titre des années universitaires de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ et le cas échéant, complémentirement au
2. **A effectué les périodes de stage** suivantes<sup>1</sup> :
  - a. Du au ( \_\_\_\_\_ mois)  
A l'hôpital  
Dans le service de  
Chef(fe) de service :

<sup>1</sup> Joindre les justificatifs correspondants

- b. Du au (            mois)  
     A l'hôpital  
     Dans le service de  
     Chef(fe) de service :
  - c. Du au (            mois)  
     A l'hôpital  
     Dans le service de  
     Chef(fe) de service :
  - d. Du au (            mois)  
     A l'hôpital  
     Dans le service de  
     Chef(fe) de service :
3. Ces périodes de stage ont donné lieu à un rapport d'évaluation de la part du responsable de la structure d'accueil et d'une proposition favorable relative à sa validation tels qu'ils m'ont été transmis à l'issue de chacune d'elles.
4. **A suivi les formations théoriques** suivantes en obtenant leur validation comme suit<sup>2</sup> :
- \_\_\_\_\_ validée le \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ validée le \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ validée le \_\_\_\_\_

Attestation établie pour valoir ce que de droit et remise au Docteur qui devra en saisir sans délai la Commission nationale d'autorisation d'exercice compétente en la transmettant avec les justificatifs requis<sup>3</sup> au :

Centre National de Gestion – département Autorisations d'exercice  
 Concours Bureau chargé des Commissions d'Autorisation d'exercice  
 21B rue Leblanc -75737 PARIS cedex 15

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
 Le doyen,

---

<sup>2</sup> Idem  
<sup>3</sup> Idem