**Contrat de formation personnelle professionnalisante**

**3ème cycle des études médicales**

Photo

|  |
| --- |
| L’étudiant(e) |
| Nom : | Prénom : | Né (e) le : |  |
| Inscrit (e) dans le DES de : |  | Date d’entrée dans le DES\* : |  |
| Faculté (UFR) de rattachement :Site : |  | Mel : | Tel : |

|  |
| --- |
| La Faculté (UFR) |
| Référent pédagogique  |
| Nom : | Prénom : | Mel : | Tel : |
| Coordonnateur(trice) local(e) de la spécialité |
| Nom : | Prénom : | Mel : | Tel : |
| Directeur(trice) de l’unité de formation et de recherche de l’université : |
| Nom : | Prénom : | Mel : | Tel : |

|  |
| --- |
| Validation des vœux formulés et du contrat de formation de l’étudiant |
|  | Avis de la Commission locale de la coordination de la spécialité de : | Date de l’avis | Date de la signature par le directeur de l’UFR | Signature du directeur de l’UFR | Signature de l’étudiant |
| Phase socle |  |  |  |  |  |
| 1e année Phase approfondissement |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2e année Phase approfondissement |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Partie A : Projet professionnel**

*Dernière date de modification du projet :*

Date prévue de fin du DES : ../../20… CESP en cours :

 🞏Oui 🞏non

**Mode(s) d’exercices envisagé(s)**

🞏Hospitalier : 🞏Ambulatoire : 🞏 Mixte

🞏Publique 🞏Centre Municipal

🞏Privé 🞏Cabinet

🞏Mixte publique /privé 🞏Maison de Santé

🞏 Autre (préciser) :

Activité(s) envisagée(s)

🞏Libérale 🞏 Salariée 🞏Mixte

Type(s) d’activité envisagé(s) (Plusieurs options possibles)

🞏Soins (dont activité clinique, biologique, radiologique) 🞏Activité de Prévention exclusive

🞏Recherche 🞏Enseignement

🞏Management 🞏Autre, précisez :

**Zone(s) géographique(s), site(s) d’activité souhaité(s) :**

Précisez :

🞏 En zone urbaine 🞏 En zone péri urbaine 🞏 En zone semi rurale 🞏 En zone rurale

Décrire la pratique voulue (exemple : ratio de temps entre les différentes activités, type d’activité de soin, inclusion dans un projet de maison de santé etc.)

**Un parcours Recherche est-il envisagé ?**

🞏 Oui, déjà commencé 🞏 Oui, en projet 🞏 Non

 Domaine envisagé :

 Niveau envisagé : 🞏 Master 1 🞏 Master 2 🞏 Thèse de science

**Un parcours Universitaire est-il envisagé ?** 🞏Oui 🞏 Non

Avis du référent pédagogique : Date :

Avis du Coordonnateur et /ou de la commission : Date :

*Cohérence du projet :*

*Pertinence du projet dans son intégration à l’offre de soin locale (+/-proposition CESP) :*

**Partie B : Parcours pédagogique projeté**

**Formation hors stage**

*Rappel : Les enseignements hors stage de la maquette du DES de la spécialité sont obligatoires et prioritaires*

Modules complémentaires de la PND :

Compléments éventuels de formation (FST, options, DU, etc .) :

Traces d’apprentissages complémentaires :

**Formation en stage**

*Rappel : Les stages de la maquette du DES de la spécialité sont obligatoires et prioritaires*

Stages autres, devant être cohérents avec le projet professionnel de l’étudiant :

-

-

Dont stages hors subdivision :

-

-

Dont stages à l’étranger :

-

-

**Formation autre** (laboratoire, cours-tutorat, management-représentation, comptabilité-logistique…)

**Ajustements pédagogiques en phase de consolidation\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date  | Compétence(s) à améliorer | Modifications du parcours proposées |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\*Pour le DES de Médecine générale pendant la période dérogatoire, ces ajustements auront lieu en 2e année de phase d’approfondissement.*

Avis du référent pédagogique : Date :

Avis du Coordonnateur et /ou de la commission : Date :

*Cohérence du parcours envisagé :*

*Faisabilité du parcours envisagé :*

**Partie C : Travaux, post-internat et insertion professionnelle**

**Thèse d’exercice :**

Projet de thèse :

Thème de la thèse :

 🞏 Projet en cours de rédaction

 🞏 Projet accepté le :

🞏 Thèse en cours de rédaction

🞏 Thèse soutenue le :

Titre :

Directeur(trice)

Structure

**Mémoire de spécialité\* :**

Titre

Directeur(trice)

Structure

**Autres travaux**

Thèse :

Titre(s)

Directeur(trice)

Structure(s)

Mémoire :

Titre(s)

Directeur(trice)

Structure(s)

Article :

Titre(s)

Directeur(trice)

Structure(s)

**Projet en fin de DES de spécialité**: quelle est l’activité projetée dans les 3 ans post DES (à renseigner en phase de consolidation). Proposer un ordre selon l’année.

🞏 CCU 🞏 CCA 🞏 AUMG 🞏Assistant des Hôpitaux 🞏 Assistant partagé

🞏 Remplaçant(e) 🞏Installation en ville : 🞏 seul(e)🞏 en groupe🞏 En Collaboration

🞏Poste contractuel 🞏Praticien Hospitalier 🞏 Poursuite parcours recherche

🞏Activité mixte libérale/salariée 🞏 Autres (préciser) :