



Dossier à retourner complété et accompagné des pièces demandées à :

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE GUYANE

Direction de l'Offre de Soins (DOS)
à l'attention de Mme Isabelle BATANY
66 avenue des Flamboyants
CS 40696
97336 CAYENNE CEDEX

Contact : Isabelle BATANY - Tél 05 94 25 72 74 / 06 94 38 68 63 / isabelle.batany@ars.sante.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE

**ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane**

Nom – Prénom :

Nom d'épouse :

Adresse personnelle :

Téléphone personnel :

E-mail :

N° Sécurité Sociale :

Promotion internat :

Rang de classement à l'ECN :

DES D'Inscription :

DESC :

Documents à joindre impérativement :

- Annexe 1 – Identification des établissements demandés
- Annexe 2 – Lettre de motivation
- Annexe 3 – Curriculum universitaire
- Annexe 4 – Avis du directeur de l'UFR d'origine
- Annexe 5 – Avis du coordonnateur ou référent du DES ou DESC d'origine
- Annexe 6 – Avis des directeurs d'établissement d'accueil
- Annexe 7 – Avis des chefs de service d'accueil + projet pédagogique établi avec l'équipe d'accueil
- Annexe 8 – Perspectives d'exercice à l'issue du post-internat
- Copie de votre pièce d'identité
- Attestation d'inscription à l'Ordre des Médecins

Cadre réservé à l'administration :

Date de la commission de sélection :

' Avis favorable

' Défavorable (motif) :

.....

**ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane**

ANNEXE 1 – IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DEMANDES

Périodes souhaitées	Etablissements
<p>Première année :</p> <p style="text-align: center;">du</p> <p style="text-align: center;">au</p>	<p>Etablissement - adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Chef de Service/Pôle/Département :</p> <p>.....</p> <p>Tél :</p> <p>E-Mail :</p> <p>Contact Direction Affaires Médicales de l’Etablissement : <i>(à compléter obligatoirement afin de faciliter la gestion administrative)</i></p> <p>Nom :</p> <p>Tél :</p> <p>E-Mail :</p>
<p>Deuxième année :</p> <p style="text-align: center;">du</p> <p style="text-align: center;">au</p>	<p>Etablissement - adresse :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Chef de Service/Pôle/Département :</p> <p>.....</p> <p>Tél :</p> <p>E-Mail :</p> <p>Contact Direction Affaires Médicales de l’Etablissement : <i>(à compléter obligatoirement afin de faciliter la gestion administrative)</i></p> <p>Nom :</p> <p>Tél :</p> <p>E-Mail :</p>

ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane

ANNEXE 2 – LETTRE DE MOTIVATION

Préciser :

- Les raisons de votre choix d'établissement/service.
- Acquisition ou perfectionnement de certaines techniques ou compétences, acquisition d'une expérience de responsabilité thérapeutique et de décision médicale, développement d'activités nouvelles au sein du service d'accueil, encadrement et enseignement des internes de spécialités et/ou du personnel soignant, autres (détailler les activités prévues).
- Programmes et activités de recherche

**ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane**

ANNEXE 3 – CURRICULUM UNIVERSITAIRE

(à faire remplir par le service de scolarité de l'UFR d'inscription)

Je soussigné(e), certifie que :

Nom – Prénom :

Nom d'épouse :

Est inscrit(e)

Dans l'UFR :

Pour le DES de :

Pour le DESC de :

(Joindre obligatoirement un relevé des stages d'internat)

A le,

Le Chef de Service de la Scolarité

**ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane**

ANNEXE 4 – AVIS DU DIRECTEUR DE L'UFR D'ORIGINE

Je soussigné(e) :

Directeur de l'UFR de Médecine de :

Emet un avis : - favorable - défavorable

A la demande de poste en qualité d'assistant(e) partagé(e) de :

Nom – Prénom :

Nom d'épouse :

Pour la période de :

Dans l'Etablissement – service – chef de service d'accueil :

.....

Pour la période de :

Dans l'Etablissement – service – chef de service d'accueil :

.....

A,

le

**ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane**

**ANNEXE 5 – AVIS DU COORDONNATEUR ou REFERENT
DU DES (ou DESC) D’ORIGINE**

Je soussigné(e) :

Coordonnateur – Référent du DES (ou DESC) :.....

Emet un avis – Favorable - Défavorable

à la candidature au poste d’assistant(e) partagé(e) de :

Nom – Prénom :.....

Nom d’épouse :

Pour la période de :

Etablissement – service – chef de service d’accueil :

.....

.....

A,

le

**ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane**

ANNEXE 6 – AVIS DES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

(à compléter par chacun des directeurs d'établissement d'accueil)

Je soussigné(e) :

Nom de l'Etablissement :

Emet un avis : - favorable - défavorable

A l'accueil en qualité d'assistant(e) partagé(e) de :

Nom – Prénom :

Nom d'épouse :

Pour la période de :

Service et Chef de service d'accueil:

Observations/réserves :

A,

le

**ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane**

ANNEXE 7 – AVIS DES CHEFS DE SERVICE D’ACCUEIL

(à compléter par chacun des chefs de service d’accueil)

Je soussigné(e) :

Service et Chef de service d’accueil :

Nom de l’Etablissement :

Emet un avis : - favorable - défavorable

A l’accueil en qualité d’assistant(e) partagé(e) de :

Nom – Prénom :

Nom d’épouse :

Pour la période de :

Service et Chef de service d’accueil:

Joindre obligatoirement le projet pédagogique établi avec l’équipe d’accueil.

A,

le

ASSISTANT PARTAGE POST-INTERNAT
Guyane

ANNEXE 8 – PERSPECTIVES D'EXERCICE
A L'ISSUE DU POST-INTERNAT

Préciser vos perspectives d'exercice à l'issue de votre contrat d'assistant partagé :

- lieu d'affectation (Guyane, autres..),
- établissement, service (joindre lettre de motivation du chef de service concerné et l'avis obligatoire de la Direction des Affaires Médicales de l'établissement),
- ambulatoire, ...