



DOSSIER de CANDIDATURE « AUMG»

ASSISTANTS UNIVERSITAIRES de MEDECINE GENERALE

2022-2024

Dossier à transmettre

par mail à ars-hdf-internes@ars.sante.fr

Date limite de dépôt des dossiers COMPLETS :

15 mai 2022

CANDIDAT

Pour rappel, le candidat doit soit :

- *Etre en post internat (maximum 5 ans après l'obtention du diplôme d'Etat, soit le DE de MG)*
- *Avoir soutenu sa thèse*
- *Etre inscrit à l'ordre des médecins + numéro RPPS pour une prise de poste au 1^{er} novembre 2022*

DOCUMENTS A JOINDRE

- Ce dossier de candidature
- Un CV
- Une lettre de motivation
- Une attestation d'inscription à l'ordre des médecins et numéro RPPS ou date d'inscription prévue.
- Copie des diplômes si la thèse a déjà été passée
- L'avis du médecin de la structure ambulatoire de soins sur le candidat
- L'avis du département de médecine générale et du doyen de l'UFR de médecine

Tout dossier incomplet ne sera pas examiné par la commission régionale

VOLET 1 – FICHE DU CANDIDAT PRESSENTI POUR LE POSTE (à remplir par l'AUMG)

Nom de naissance :
Nom d'usage :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Nationalité :
Situation familiale :
Numéro de sécurité sociale :
Numéro RPPS :

Adresse :
CP :
Ville :

Mail :

Téléphone :

Statut actuel :

O Interne

O Diplômé d'un DES Français ou Communautaire

Si diplômé, activité professionnelle exercée :

Si diplômé, fonction occupée :

Année de fin d'internat :

Thèse en cours :

O oui

O non

Si oui, date programmée pour la soutenance :

Si non, année de soutenance de thèse :

Inscription à l'Ordre National des Médecins :

O oui

O non

Si non, date programmée d'inscription :

STAGES REALISES durant l'INTERNAT

Date	Structure/établissement	Service	Chef de service	Stage validé O/N

VOLET 2 - IDENTIFICATION DES UNIVERSITES ET DES STRUCTURES DE SOINS PARTENAIRES DU PROJET

<p align="center">UFR Recruteur (à remplir par l'Université)</p>	<p align="center">Structure de soins partenaire (à remplir par la structure de soins)</p>
<p>Nom de l'Université:</p> <p>Nom du Doyen :</p> <p>Nom du Président de l'Université :</p> <p> </p>	<p>Nom :</p> <p>Type :</p> <p><input type="radio"/> Centre de santé</p> <p><input type="radio"/> Maison de santé pluridisciplinaire</p> <p><input type="radio"/> Cabinet libéral</p> <p><input type="radio"/> Autre ?</p>
<p>Adresse (Siège - Agence comptable de l'université) :</p> <p>CP :</p> <p>Ville :</p>	<p>Adresse :</p> <p>CP :</p> <p>Ville :</p> <p>FINESS :</p>
<p>Nom du Directeur du DUMG :</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone</p>	<p>Nom du responsable du projet au sein de la structure de soins (ou tuteur de l'AUMG): « obligatoire »</p> <p>Qualité :</p> <p>Fonction :</p> <p>Courriel :</p> <p>Téléphone</p>
<p>Nom du responsable du projet au sein de l'Université (ou tuteur de l'AUMG) :</p> <p>Qualité :</p> <p>Fonction :</p> <p>Mail :</p> <p>Téléphone :</p>	

VOLET 3 – PARTENARIAT UNIVERSITE - STRUCTURE DE SOINS (à remplir par l'Université et par la structure de soins)

Description du projet de coopération entre les deux partenaires :

Existence préalable d'une coopération formalisée entre l'Université et la structure de soins ?

- oui
- non

Si oui, précisez :

Identification de la zone sous dense de la structure de soins :

Zone d'Intervention Prioritaire ?

- Oui
- Non

Zone d'Action Complémentaire ?

- Oui
- Non

Quartier politique de la ville ?

- Oui
- Non

Zone de revitalisation rurale ?

- Oui
- Non

PRESENTATION DU DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE

Présentation des effectifs au sein du DUMG			
Statut	Effectif actuel	Postes vacants	Départs en retraite (prévisions à 2 ans)
Professeur			
Professeur associé			
Maitre de conférences			
Maitre de conférences associé			
CCU-MG			
AUMG			
Autre, précisez :			

PRESENTATION DES ACTIVITES DE L'AUMG A L'UNIVERSITE

Activités pédagogiques

Encadrement de thèses ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez:

Tutorat d'internes ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

Tutorat d'externes ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

Enseignement ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

Participation à la promotion de la maîtrise de stage ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

Activités de recherche ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

Autres activités ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

VOLET 5 – PARTIE STRUCTURE DE SOINS (à remplir par la structure de soins)

PRESENTATION DE LA STRUCTURE DE SOINS

Effectifs dans la structure de soins partenaire

Statut	Effectif actuel	Postes vacants	Départs en retraite (prévisions à 2 ans)
Maîtres de Stages Universitaires			
Médecins libéraux spécialistes en MG			
Médecins libéraux autres spécialités			
Médecins salariés spécialistes en MG			
Médecins salariés autres spécialités			
AUMG			
CCU-MG			
Internes			
Externes			
Autres (précisez) :			

Les médecins faisant partie de la structure partenaire sont-ils agréés pour l'accueil d'Internes en Médecine Générale en stage ambulatoire ?

oui

non

Si non, est-il prévu qu'elle le soit ?

oui, précisez (quand, combien...) :

non

Est-il prévu que la structure accueille des externes ?

oui, précisez (quand, combien ...) :

non

PRESENTATION DES ACTIVITES DE L'AUMG AU SEIN DE LA STRUCTURE DE SOINS

Statut de l'AUMG au sein de la structure de soins :

- Salarié
- Collaborateur libéral
- Médecin installé
- Autre, précisez :

Activités pédagogiques « obligatoire »

Encadrement d'internes ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

Encadrement d'externes ?

- Oui

Non

Si oui, précisez :

Activités de soins

Précisez :

Autres activités (activités de santé publique, territoriales...)

Précisez :

VOLET 6- PROJET DE CREATION/D'EVOLUTION DE STRUCTURE DE SOINS (à remplir par l'AUMG)

Le poste d'AUMG s'inscrit-il dans le cadre d'une création de structure de soins ?

O oui

O non

Si oui :

Pour quelle structure ? (nom et localisation) :

Date prévisionnelle d'ouverture :

A quelle étape se situe le projet ? (consultations des partenaires, demandes de financement....) :

Etes-vous déjà Maître de Stage des Universités ?

- Oui, pour des internes
- Oui, pour des externes
- Non

Avez-vous déjà travaillé dans la structure de soins ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez votre statut antérieur dans la structure de soins :

- Interne
- Remplaçant en médecine générale
- Autre, précisez :

Précisez la durée (en mois) :

Participation à la PDSA dans le cadre du projet d'AUMG

Est-il prévu une participation à la PDSA ?

O oui

O non

Si oui dans quel cadre ? (lieu, activité, fréquence:

.....

Les 3 signatures (Université, Structure de Soins et le candidat au poste AUMG) sont demandées.

UFR Recruteur	AUMG Pressenti	Structure de soins partenaire
Signature du doyen de l'université : Date :	Signature : Date :	Signature du responsable de la structure de soins : Date :