

ANNEXE

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION
MINISTERIELLE D'EXERCICE**

Profession :

Spécialité :

- Vous êtes lauréat des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française
- Vous êtes lauréat de la procédure dite « loi de 1972 »
- Vous êtes titulaire d'un diplôme communautaire

Etat civil

M Mme Mlle

Nom de famille :

Nom d'épouse :

Prénoms :

Date de naissance : Ville : Pays :

Nationalité :

Coordonnées

Adresse Personnelle :

Ville : Code Postal : Pays :

Téléphone : Portable :

Mél :

Diplôme de la profession considérée

Intitulé du diplôme :

Date d'obtention : Pays d'obtention :

Délivré par :

Diplôme de spécialisation

PAYS	INTITULE	DATE	UNIVERSITE

Autres diplômes, titres et certificats

PAYS	INTITULE	DATE	UNIVERSITE

Exercice professionnel Fonctions exercées à l'étranger

NATURE	LIEU ET PAYS	PERIODE

Fonctions exercées en France

ETABLISSEMENT	STATUT	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL	PERIODE

Fonctions exercées dans le cadre de la procédure d'autorisation d'exercice

(après réussite aux épreuves ou sur recommandation de la commission)

ETABLISSEMENT	SERVICE	NATURE	PERIODE

Projets professionnels éventuels

Formulaire à retourner dûment complété à l'adresse suivante :

Ministère de la santé et des solidarités, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers, bureau de l'exercice médical [M2]), 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP

Date :

Signature

RAPPORT D'ÉVALUATION DES FONCTIONS HOSPITALIÈRES CONCERNANT LES CANDIDATS À L'AUTORISATION D'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Selon l'arrêté du 21 septembre 2007 –JO du 07 novembre 2007

Nom et prénom du candidat :

Affectation :

Notation : A : très bon ; B : bon ; C : moyen ; D : insuffisant ; E : sans objet.

I. – Compétences médicales :

- connaissances théoriques ;
- aptitudes diagnostiques ;
- aptitudes thérapeutiques ;
- aptitude à la prise en charge des urgences ;
- maîtrise des gestes techniques de la spécialité ;
- connaissance de la réglementation sanitaire ;
- qualité d'organisation du travail ;
- présentation orale de dossiers médicaux.

Établissement d'un bilan d'activité. Pour les spécialités chirurgicales, établir un tableau opératoire indiquant le nombre et le type d'interventions et précisant le rôle du candidat.

II. – Intégration dans l'équipe médicale et paramédicale du service et dans l'établissement :

- aptitude au travail en équipe au sein du service et dans l'établissement ;
- respect des protocoles de soins et d'hygiène ;
- respect des règles d'organisation du service et de la permanence des soins ;
- tenue et comportement ;
- assiduité et ponctualité.

III. – Capacités relationnelles :

- avec les patients ;
- avec les familles ;
- avec les confrères ;
- avec le personnel non médical.

IV. – Formation complémentaire :

- diplômes acquis ;
- actions de formation continue suivies.

V. – Autres observations :

Date :

Qualité du signataire :

Signature

L'original de ce rapport est remis à l'intéressé. Une copie est adressée à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, bureau M 2, 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP.

A N N E X E

CURRICULUM VITAE

Selon l'arrêté du **du 13 octobre 2005 – JO du 1^{er} novembre 2005**

Nom de famille :

Nom marital :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :
.....

Adresse :

Date et lieu d'obtention du diplôme permettant l'inscription aux études de médecine, d'odontologie, de pharmacie, ou de sage-femme :

Date et lieu d'obtention du diplôme de docteur en médecine ou du diplôme de docteur en chirurgie dentaire ou du diplôme de docteur en pharmacie ou du diplôme de sage-femme et des droits qui y sont attachés :

Date et lieu d'obtention du diplôme de spécialité (le cas échéant) :

Date et lieu d'obtention des diplômes complémentaires délivrés par un Etat membre (le cas échéant) :
.....

Reconnaissance du diplôme par un Etat membre :

Expérience professionnelle acquise ou non dans un Etat membre :

Titres et travaux :

Candidature(s) antérieure(s) à une procédure d'autorisation d'exercice en France :

o Oui o Non

Si oui :

Nombre : _ Année(s) :

Sommaire des pièces du dossier

Arrêté du 27 mars 2007

Demande d'autorisation d'exercice

Dr.

1 – Formulaire de candidature

2 – Notification du résultat aux épreuves

3 – Curriculum vitae

4 – Copie du diplôme

(Mettre dans cette rubrique également les attestations de conformité pour les diplômes européens)

5 – Copie des autres diplômes

6 – Copie de pièce d'identité

7 – attestations de fonctions

8 – Justificatifs de l'expérience

- **Bilans et tableaux d'activité et leurs justificatifs**
- **Gardes**
- **Enseignements**
- **Activités transversales au sein des établissements**
- **Responsabilités assurée**
- **Participations aux jury**
- **Activités de recherche**
- **Activités syndicales**

(Pour les spécialités chirurgicales, bien faire ressortir dans le tableau les interventions sur lesquelles vous avez été opérateur principal)

9 – Justificatifs de l'exercice à l'étranger

10 – Rapport d'évaluation des fonctions hospitalières