



Dossier à transmettre à : ars-reunion-internat-medecine@ars.sante.fr

Date limite de dépôt des dossiers : **30 avril 2025**

**DOSSIER DE CANDIDATURE
ASSISTANT SPECIALISTE A TEMPS PARTAGE**

(ETUDIANTS 3^e cycle- Subdivision océan Indien)

Nom – Prénom :

Nom d'usage :

N° Sécurité Sociale :

Adresse personnelle :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Promotion internat :

Rang de classement à l'ECN :

DES D'Inscription :

DESC :

Inscription à l'Ordre le :

n° RPPS

Cadre réservé à l'administration :

Date de la commission de sélection :

' Avis favorable

' Défavorable (motif) :



**ASSISTANT SPECIALISTE TEMPS PARTAGE
Subdivision Océan Indien**

ANNEXE 1 – IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS

Périodes souhaitées	Etablissements
<p>Première année :</p> <p>DE :201..</p> <p>A :201..</p>	<p>Etablissement - adresse :</p> <p>Chef de Service/Pôle/Département :</p> <p>Tél :</p> <p>E-Mail :</p> <hr/> <p>Contact Direction Affaires Médicales de l'Etablissement : (à compléter obligatoirement afin de faciliter la gestion administrative)</p> <p>Nom :</p> <p>Tél :</p> <p>E-Mail :</p>
<p>Deuxième année :</p> <p>DE :201..</p> <p>A :201..</p>	<p>Etablissement - adresse :</p> <p>Chef de Service/Pôle/Département :</p> <p>Tél :</p> <p>E-Mail :</p> <hr/> <p>Contact Direction Affaires Médicales de l'Etablissement : (à compléter obligatoirement afin de faciliter la gestion administrative)</p> <p>Nom :</p> <p>Tél :</p> <p>E-Mail :</p>



ASSISTANT SPECIALISTE A TEMPS PARTAGE
Subdivision Océan Indien

ANNEXE 2 – MOTIVATION

- *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 (Détaillez les activités prévues)*
- *Programmes et activités de recherche*



ASSISTANT SPECIALISTE A TEMPS PARTAGE
Subdivision Océan Indien

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'usage :

Est inscrit(e)

Dans l'UFR :

Pour le DES de :

(Joindre obligatoirement un relevé des stages d'internat)

A

le,

Le Chef de Service de la Scolarité



**ASSISTANT SPECIALISTE A TEMPS PARTAGE
Subdivision Océan Indien**

**ANNEXE 4 – AVIS DU DIRECTEUR DE L'UFR SANTE DE LA REUNION
SUBDIVISION OCEAN INDIEN**

Je soussigné(e) :

Directeur de l'UFR Santé de :

Emet un avis :

- favorable
- défavorable

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

Nom – Prénom :

Nom d'usage :

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 SPECIALISTE A TEMPS PARTAGE
Subdivision Océan Indien**

**ANNEXE 5 – AVIS DU COORDONNATEUR ou DU REFERENT
DE LA SUBDIVISION OCEN INDIEN**

Je soussigné(e) :

Coordonnateur – Référent du DES :

Emet un avis :

- favorable
 défavorable

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

Nom – Prénom :

Nom d'usage :

Pour la période de :

Etablissement – service – chef de service d'accueil :

A,

le

**ASSISTANT SPECIALISTE A TEMPS PARTAGE
Subdivision Océan Indien**

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

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

Nom – Prénom :

Nom d’usage :

Pour la période de :

Service et Chef de service d’accueil :

Observations/réserves :

A,

le



**ASSISTANT SPECIALISTE A TEMPS PARTAGE
Subdivision Océan Indien**

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

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

Nom – Prénom :

Nom d’usage :

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 SPECIALITE A TEMPS PARTAGE
Subdivision Océan Indien**

**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 (département Réunion, Mayotte, autres..),
- établissement, service, ambulatoire...



PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Pour être pris en compte, votre dossier doit comprendre impérativement les pièces suivantes :

- L'ensemble du dossier ci-joint dûment complété
- Une lettre de motivation précisant notamment le projet professionnel, les établissements concernés et la quotité de temps partagé prévue entre ceux-ci, et justifiant la demande de ce poste.
- Copie de vos diplômes, si vous avez déjà passé votre thèse
- Un CV détaillé

Merci d'envoyer votre dossier complet scanné en un seul document

Tout dossier incomplet ne sera pas examiné