

NOM _____ PRÉNOM _____

N°

--	--	--	--	--	--

■ **2 - DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE OU EN PHARMACIE OBTENU AVANT LE 15 JANVIER 2024**

Au **15 janvier 2024**, je suis titulaire du :

doctorat en **médecine** ? doctorat **en pharmacie** ?

OUI (joindre copie du diplôme) / obtenu le _____ à _____

NON => votre candidature est **irrecevable** pour 2024-2025

■ **3 - POUR LES CANDIDATS A UN DFMS : ETUDES DE SPECIALITE EN COURS (en 2023-2024)**

3.1. J'ai commencé la spécialité (intitulé complet) _____
depuis le _____ à (ville) _____ Pays (_____)

3.2. Cette spécialité exige l'accomplissement de _____ semestres (ou _____ mois) hospitaliers : **Annexe 1D**

3.3. Je terminerai donc mes obligations de semestres hospitaliers le _____

3.4. Aussi au **1er novembre 2024**, il me restera à faire _____ semestres (ou _____ mois) hospitaliers
(joindre attestation de la faculté selon modèle **Annexe 1D-DFMS**). Si moins de 12 mois : REFUS

3.5. Si vous êtes admis(e) et affecté(e) au DFMS, vous devrez faire signer une convention de formation
par les autorités de votre établissement d'origine ou de votre pays. Il vous appartient donc de vous
assurer de l'**accord de ces autorités**, préalablement au dépôt de votre dossier N°1.

Avez-vous obtenu l'accord de vos autorités ? OUI NON EN COURS

3.6. Je souhaite postuler en France en **2024-2025** :
au **D.F.M.S.** (titre complet) _____ (cf. Annexe 1I)
correspondant à ma spécialisation en cours (cf. 3.1) (**vous ne pouvez pas changer de spécialité**).

■ **4 - POUR LES CANDIDATS A UN DFMSA : DIPLOME OU TITRE DE MEDECIN OU DE PHARMACIEN SPECIALISTE OBTENU AVANT LE 15 JANVIER 2024**

4.1. Au **15 janvier 2024**, je suis **titulaire** du diplôme de spécialité ou du titre de spécialiste suivant :

intitulé du diplôme : _____

dans la discipline/spécialité : _____

obtenu le _____ à (ville) _____ Pays (_____)

4.2. Ce diplôme/ce titre permet-il l'**exercice** de la profession de médecin ou de pharmacien **spécialiste**
dans le pays d'origine du candidat ou dans le pays d'obtention du diplôme ?

OUI NON

⇒ Si vous ne possédez pas le diplôme de spécialité et même si vous avez terminé au 15 janvier 2024
vos semestres hospitaliers de spécialisation (cf. 3.3), votre candidature est irrecevable pour le
DFMSA pour 2024-2025. Il en sera de même si vous terminez la spécialité au-delà du 15.01.2024

4.3. Je souhaite postuler en France en **2024-2025** :

au **D.F.M.S.A** (titre complet) _____ (cf. annexe 1I)

■ **5 - SEJOUR D'ETUDES EN FRANCE (déjà effectué avant octobre 2023 ou en cours en 2023-2024)**

Complétez obligatoirement l'**Attestation sur l'honneur** ci-jointe : **ANNEXE 1C**

■ **6 - CONNAISSANCE DU FRANÇAIS**

. Êtes-vous déjà titulaire d'un diplôme/attestation de connaissance du **français-niveau B2** ?

OUI / NON Lequel ? _____ (joindre la copie)

. Vos études de médecine/de pharmacie sont-elles **totale**ment enseignées en français ?

OUI / NON [complétez vous même l'**Annexe 2E** (SANS la signature du doyen de la Faculté)]

. Si NON aux 2 questions précédentes, vous devrez impérativement obtenir cette attestation B2

avant le 15 avril 2024. Avez-vous une date d'épreuve de français avant le 15 avril 2024 ?

OUI la quelle ? / NON / 0 Non encore connue

■ **7 - OBLIGATIONS VACCINALES**

Êtes-vous en règle avec les obligations vaccinales et la lutte contre la covid-19 (cf. Annexe 1L) ?

OUI / NON (à régulariser d'urgence, pour être en règle pour le 1^{er} novembre 2024)

■ **8 - RESPECT DE LA LAÏCITE ET DE LA NEUTRALITE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS**

Avez-vous lu et pris connaissance de l'**Annexe 1M** ? OUI / NON

Vous engagez-vous à la respecter à l'intérieur de l'hôpital ? OUI / NON

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des **renseignements cochés ou complétés** sur ce formulaire d'inscription
et suis conscient(e) que tout renseignement inexact ainsi que toute information omise constituent une tentative
de fraude qui provoquera l'annulation immédiate de cette inscription et cela sans préjuger des poursuites dis-
ciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétences à mon encontre.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" art 39, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et
obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche - Direction générale pour l'enseignement
supérieur et l'insertion professionnelle - Mission des formations de santé / DGESIP A-MFS - 1 rue Descartes - 75231 Paris Cedex 05

Fait à _____ le _____

Signature originale précédée de la **mention manuscrite** "Lu et approuvé"