



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 : |