



## DOSSIER de CANDIDATURE « AUMG »

### ASSISTANT UNIVERSITAIRE de MEDECINE GENERALE

#### Dossier à transmettre

par mail à [ars-hdf-internes@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-internes@ars.sante.fr)

**Date limite de dépôt des dossiers COMPLETS :**

**15 mai**

#### 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<sup>er</sup> novembre*

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

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

**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)
<b>Maîtres de Stages Universitaires</b>			
<b>Médecins libéraux spécialistes en MG</b>			
<b>Médecins libéraux autres spécialités</b>			
<b>Médecins salariés spécialistes en MG</b>			
<b>Médecins salariés autres spécialités</b>			
<b>AUMG</b>			
<b>CCU-MG</b>			
<b>Internes</b>			
<b>Externes</b>			
<b>Autres (précisez) :</b>			

**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 ?**

- Oui
- 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 ?**

- Oui
- Non

Si oui dans quel cadre ? (Lieu, activité, fréquence :)

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

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