

DATE LIMITE DE RECEPTION  
DU DOSSIER A STRASBOURG

15 janvier 2019

<b>ATTESTATION DE LA DUREE DE LA FORMATION HOSPITALIERE</b>
<b>AUTORISATION DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT DE POURSUITE DE LA FORMATION SPECIALISEE EN France</b>
<b>■ CANDIDAT AU D.F.M.S.</b>

[ Peut être remplacée par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté ]Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ **uniquement**(2)  **Doyen** : Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Mél : \_\_\_\_\_(2)  **Secrétaire Principal \*** : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Mél : \_\_\_\_\_

atteste que

Mme / M. \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

a commencé la spécialité de (intitulé exact) \_\_\_\_\_

en qualité de \_\_\_\_\_

à la date du (jour/mois/année) : [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ 2 ] [ 0 ] [ ] [ ]

Cette spécialité exige réglementairement, sur le **plan pratique**, l'accomplissement de \_\_\_\_\_ **semestres hospitaliers** (ou de \_\_\_\_\_ mois hospitalier) dans ladite discipline conformément aux **dispositions officielles ci-jointes** <sup>(1)</sup> [hors stage invalidé à refaire ou à rattraper dans l'établissement d'origine] conformément à :

- (1)  l'arrêté ministériel fixant la durée de la formation pour la spécialité (joindre copie)  
 la décision du Conseil de Faculté fixant cette durée de formation (joindre copie)

Ces obligations de **hospitalières** prendront fin le (jour/mois/année) : [ ] [ ] / [ ] [ ] / [ 2 ] [ 0 ] [ ] [ ]En conséquence, il **restera à accomplir** au(à la) candidat(e), **au 1er novembre 2019** :

\_\_\_\_\_ semestre(s) ou \_\_\_\_\_ mois de stage.

L'intéressé(e) finalisera sa formation spécialisé avec délivrance du diplôme le \_\_\_\_\_

L'intéressé(e) a obtenu le **diplôme de docteur**  **en médecine**  **en pharmacie** en date du \_\_\_\_\_ auprès de la Faculté de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> J'autoriserai        | } | l'intéressé(e) à prendre ses fonctions en France<br>au <b>1er novembre 2019</b>  |
| <input type="checkbox"/> Je n'autoriserai pas |   |  |
| <input type="checkbox"/> Je validerai         | } | la formation suivie et les semestres hospitaliers<br>effectués en France à son retour au titre de la spécialité postulée |
| <input type="checkbox"/> Je ne validerai pas  |   |  |

Les **objectifs pédagogiques** à atteindre durant la formation en France sont les suivants :  
 (à compléter sur une page annexe)

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature lisible (avec **nom**, **prénom**  
du signataire et **cachet** de l'établissement)  
**(avec traduction en français si nécessaire)**

(1) Joindre copie des dispositions officielles précisant la durée de **formation pratique** exigée pour ladite spécialité  
 (en mois, en semestres ou en années)

\* Secrétaire Général ou Secrétaire Principal ou Responsable Administratif

(2) A compléter obligatoirement

RELEVÉ DÉTAILLÉ DU CURSUS DE SPÉCIALITÉ  
EFFECTUÉ À CE JOUR EN DEHORS DE LA FRANCE

■ CANDIDAT AU D.F.M.S.A.

[ Peut être remplacé par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté ]Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
(nom et prénom)**uniquement**  Doyen  Secrétaire Général

atteste que

Mme / M. \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

a obtenu le **diplôme de docteur**  **en médecine**  **en pharmacie** en date du \_\_\_\_\_  
auprès de la Faculté de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

a commencé la spécialité de (intitulé exact) \_\_\_\_\_

en qualité de \_\_\_\_\_

à la date du (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_

a obtenu le **diplôme**  **de médecin spécialiste**  
 **de pharmacien spécialiste** dans la spécialité de : \_\_\_\_\_

à la date du \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Au 15 janvier 2019, l'intéressé(e) a effectué les stages hospitaliers **spécialisés** détaillés dans  
l'**Annexe 1E**.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature (avec **nom, prénom**  
du signataire et **cachet** de l'établissement)  
(Doyen ou Secrétaire Général)  
(avec traduction en français si nécessaire)