(En majuscules)

**NOM** _____

**PRÉNOM** _____

**EPOUSE DE** _____

**Année universitaire 2018-2019**

**DOSSIER 1**

**DATE LIMITE**

***15 janvier 2018***

réservé au SCAC

N° |_|_|_|_|_|

(A reporter en haut p.2)

# DOSSIER DE CANDIDATURE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS ÉTRANGERS AUTRES QUE LES RESSORTISSANTS DES ETATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE, D'UN ETAT PARTIE À L'ACCORD SUR L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN, DE LA CONFÉDÉRATION SUISSE OU DE LA PRINCIPAUTÉ D'ANDORRE EN VUE D'UN DFMS/DFMSA

☐ **DFMS** : Diplôme de formation médicale spécialisée (cf. paragraphe 3.6)
(intitulé exact :_____) (cf. Annexes 1I)

☐ **DFMSA** : Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (cf. paragraphe 4.3)
(intitulé exact :_____) (cf. Annexes 1I)

**Les titulaires d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation (D.I.S.), d'un diplôme interuniversitaire de spécialisation complémentaire (D.I.S.C.), les titulaires ou les inscrits à une attestation de formation spécialisée approfondie (A.F.S.A.) ne peuvent s'inscrire aux diplômes de formation médicale spécialisée (D.F.M.S.) ou de formation médicale spécialisée approfondie (D.F.M.S.A.).**
**Les titulaires (ou inscrits) à une attestation de formation spécialisée (A.F.S.) ne peuvent postuler un D.F.M.S.**

■ **Date d'obtention** le _____à _____ **du doctorat** ☐en médecine ☐en pharmacie

■ **Type d'inscription** : ☐procédure générale (contingent national) ☐dans le cadre d'un accord de coopération(1) (joindre l'Annexe 1B signée par les responsables français)

*(A remplir par le Service de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France)*

S.C.A.C. : _____Pays_____ |_|_|_|_| (Cf. 1J)

Mél du SCAC : _____@_____

Diplôme **postulé** ☐ Médecine ☐ DFMS (G) M S |_|_|_|_| ☐ DFMSA (G) M A |_|_|_|_|
☐ Pharmacie ☐ DFMS (G) P S |_|_|_|_| ☐ DFMSA (G) P A |_|_|_|_|

***Coopération*** 9* / NON*

Au titre de la coopération avec l'université de_____ 9 |_|_|_|_| (Cf. 1K)

(* entourez la bonne mention)

## ■ 1 - ETAT CIVIL ☐ Homme ☐ Femme (en lettres majuscules)

1.1. NOM DE NAISSANCE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénoms |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pour les femmes mariées (Epouse de) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**Nom usuel** (le cas échéant) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Né(e) le |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (jour / mois / année) à _____Pays_____

1.2. Nationalité **actuelle** : _____Code : |_|_|_| (cf. Annexe 1J)

Avez-vous une **double nationalité** ? ☐ NON ☐ OUI, lesquelles : _____et_____

► *(joindre la photocopie de la(des) pièce(s) d'identité ou du(des) passeport(s) traduite en français) : cf. Annexe 1F*

Bénéficiez-vous du **statut de réfugié** (ou assimilé) en France ? ☐ NON ☐ OUI

► *(joindre la photocopie du document officiel en cours de validité attestant de ce statut)*

1.3. Adresse permanente et complète_____

_____

Ville : _____ Province/Région : _____

Pays : _____

Téléphone/indicatif pays (depuis France) : 0 0 |_|_|_| N° d'appel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mél : @

à écrire lisiblement en **lettres majuscules avec point et tiret haut ou tiret bas**

Nota : La Faculté de Médecine de l'Université de Strasbourg et les universités d'accueil postulées utiliseront votre adresse électronique pour toute communication avec vous

(1) En présentant la **photocopie de l'Annexe1B** signée par les autorités françaises, le candidat ne pourra postuler, en cas d'admissibilité, que les postes ouverts à la **coopération**. Il ne pourra en aucun cas prétendre à un poste ouvert au titre de la procédure générale.

Ministère de l'Education nationale et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MENESR) / Ministère des Affaires Etrangères (MAE) / Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (MASS)

■ **2 - DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE OU EN PHARMACIE OBTENU AVANT LE 15 JANVIER 2018**

**Au 15 janvier 2018**, je suis titulaire du :

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

☐ OUI (joindre copie du diplôme) / obtenu le _____à_____

☐ NON => votre candidature est **irrecevable** pour 2018-2019

Seuls les diplômes ***permettant l'exercice de la profession de médecin ou de pharmacien*** dans le pays d'origine du candidat ou le pays d'obtention du diplôme permettent de faire acte de candidature dans le cadre de cette procédure ***pour le D.F.M.S. ou pour le D.F.M.S.A***.

■ **3 - POUR LES CANDIDATS A UN DFMS : ETUDES DE SPECIALITE EN COURS (en 2017-2018)**

3.1. J'ai commencé la spécialité de (intitulé exact)_____
depuis le _____à (ville) _____Pays ( _____ )

3.2. Cette spécialité exige l'accomplissement de _____semestres (ou __mois) hospitaliers : **Annexe 1D**

3.3. Je terminerai ces obligations de semestres hospitaliers le _____

3.4. Au ***1er novembre 2018***, il me restera à faire _____semestres (ou ___mois) hospitaliers (joindre attestation de votre faculté selon le modèle **Annexe 1D-DFMS** ci-jointe)

3.5. Si vous êtes admis(e) à vous inscrire en 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 candidature.
***Avez -vous obtenu l'accord*** de vos autorités ? ☐ OUI ☐ NON ☐ EN COURS

3.6. Je souhaite postuler en France en **2018-2019 :**
le **D.F.M.S.** de _____ (cf. Annexe 1I)
correspondant à ma spécialisation en cours (cf. 3.1) **(vous ne pouvez changer de spécialité).**

■ **4 - POUR LES CANDIDATS A UN DFMSA : DIPLOME OU TITRE DE MEDECIN OU DE PHARMACIEN SPECIALISTE OBTENU AVANT LE 15 JANVIER 2018**

4.1. **Au 15 janvier 2018,** je suis **titulaire** du diplôme de spécialité ou du titre de spécialiste suivant :
intitulé :_____
dans la discipline : _____
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 2018 vos semestres hospitaliers de spécialisation (cf. 3.3), votre candidature est irrecevable pour le DFMSA pour la rentrée 2018-2019

4.3. Je souhaite postuler en France en **2018-2019** :
le **D.F.M.S.A** de _____ (cf. annexe 1I)

■ **5 - SEJOUR D'ETUDES EN FRANCE (déjà effectué avant octobre 2017 ou en cours en 2017-2018)**

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

■ **6 - DATE DE PRISE DE FONCTIONS**

Avez-vous engagé les démarches administratives pour prendre vos fonctions hospitalières en France **au 1er novembre 2018** ?

☐ OUI ☐ NON (votre candidature est **irrecevable** pour 2018-2019)_____

■ **7 - CONNAISSANCE DU FRANÇAIS**

- Etes-vous titulaire d'un diplôme/attestation de connaissance du **français-niveau B2** ? ☐ OUI ☐ NON
- Vos études de médecine/de pharmacie sont-elle **totalement enseignées en français** ?
  ☐ OUI ☐ NON
- Si NON aux 2 questions précédentes, vous devrez impérativement obtenir cette attestation B2 **avant le 15 avril 2018**. Aurez-vous une date d'épreuve de français avant le 15 avril 2018 ? ☐ 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 disciplinaires 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"

**ANNEXE 1A**

**DOSSIER 1**

**DATE LIMITE**
***15 janvier 2018***

# D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

## PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE
## (constituez UN SEUL dossier complet)

**Vous devrez obligatoirement joindre tous les documents suivants dans votre dossier de candidature (article 6 de l'arrêté du 3 août 2010 modifié).**
**Tous les documents (y compris les photocopies) doivent être au format A4 (21x29,7 cm)**

**Nota 1 : Les candidats apatrides, réfugiés politiques ou bénéficiaires de la protection subsidiaire justifiant de leur statut en France, se reporteront au point D**

**Nota 2 : Laissez vos documents libres : pas d'agrafe, pas de trombone, pas d'attache pour papier et pas de ruban adhésif (type "scotch")**

**Nota 3 : Ne pas joindre de documents originaux (à garder pour l'inscription définitive en septembre 2018)**

### A) Documents à joindre par tous les candidats

**1 pochette plastique** transparente dans laquelle vous insérerez dans l'ordre suivant de présentation :

- ***1 coupon réponse international*** en cours de validité **à partir du 1er janvier 2018 :** à vérifier lors de l'achat (***nouveaux coupons*** à acheter dans le bureau de poste de votre **domicile en France ou à l'étranger** ; si vous ne pouvez vous en procurer parce qu'il n'est pas en vente, ce qui est le cas de certains pays, vous n'aurez pas à le joindre à votre envoi)
- ***puis les pages 1 et 2 du dossier N°1*** dûment remplies et signées
- ***puis*** les documents selon le cas, précisés ***aux points 1 à 23*** ci-dessous.

**1** ■ photocopie lisible de la(des) pièce(s) d'identité (carte d'identité ou passeport en cours de validité).

**2** ■ certificat de nationalité ou tout document officiel attestant la nationalité, l'un ou l'autre datant de moins de 6 mois au 15 janvier 2017 (traduction en français le cas échéant). Si **double nationalité**, veuillez joindre la photocopie des **deux** passeports / pièces d'identité.

**2A** ■ attestation sur l'honneur de nationalité selon le modèle de l'**Annexe 1F**

**3A** ■ attestation sur l'honneur d'inscription établie de façon manuscrite selon le modèle de l'**Annexe 1C**

**3B** ■ attestation sur l'honneur de scolarité ou d'activité en 2016-2017 **et** 2017-2018 : **Annexe 1G**

**4** ■ photocopie certifiée (conforme) à l'original du relevé détaillé du cursus de formation spécialisée effectué à ce jour, établi par l'organisme compétent du pays où cette formation a été accomplie, selon le modèle de l'**Annexe 1D**

**5** ■ photocopie certifiée (conforme) à l'original de la traduction en français de ce relevé (1)

**6A** ■ **lettre personnelle de motivation** adressée à "Monsieur le Coordinateur", rédigée à la main et de façon lisible sur papier libre faisant apparaître votre projet professionnel, vos objectifs en terme de formation ou de complément de formation ainsi que l'acquisition d'éventuelles techniques et l'intérêt de la formation postulée pour le développement des structures de santé du pays d'origine au candidat où du pays où il exercera,

**6B** ■ un curriculum vitae détaillé selon le modèle de l'**Annexe 1H**.

**7** ■ joindre le **résumé en français** de votre thèse et le cas échéant de votre mémoire de spécialité et/ou de votre principale publication (avec tiré-à-part si possible ou photocopie/**Pas de CD** ni la thèse en entier, ni la clef USB).

**8** ■ photocopie certifiée (conforme) du **diplôme (ou titre)** de docteur en médecine ou en pharmacie

**9** ■ photocopie certifiée (conforme) de la traduction en français (1) du diplôme(ou titre) de docteur en médecine ou en pharmacie

### B) En complément selon l'inscription postulée

#### B.1- Si vous postulez un DFMS

**10** ☐ photocopie certifiée (conforme) de l'attestation officielle de l'**autorisation d'exercice** de la profession de médecin ou de pharmacien délivrée par les autorités compétentes du pays d'origine ou du pays d'obtention du diplôme ou du titre

**11** ☐ photocopie de la traduction en français (1) de cette autorisation d'exercice.

**12A** ☐ un certificat de scolarité **original** (hors de France) pour **l'année 2017-2018** délivré par l'organisme compétent du pays dans lequel vous préparez votre spécialisation qui précisera le niveau d'études atteint et la spécialité postulée. En l'absence de ce certificat votre candidature sera refusée.

## ANNEXE 1A - suite

**12B** ☐ traduction **originale** en français(1) du certificat de scolarité (hors de France) pour l'année 2017-2018.
**12C** ☐ un certificat de scolarité **original** pour toute inscription dans une **université française** pour **2017/2018**
**13** ☐ tout document **officiel** (ministériel ou de la Faculté) confirmant la **durée** de la formation : cf. **Annexe 1D**

### B.2. - Si vous postulez un DFMSA

**14** ☐ photocopie certifiée (conforme) du diplôme (ou titre) de **spécialiste en médecine ou en pharmacie**
**15** ☐ photocopie certifiée (conforme) de la traduction en français (1) du diplôme(ou titre) de spécialiste
**16** ☐ photocopie certifiée (conforme) de l'attestation officielle de l'**autorisation d'exercice** de la profession de médecin ou de pharmacien **spécialiste** délivrée par les autorités compétentes du pays d'origine ou du pays d'obtention du diplôme ou du titre
**17A** ☐ photocopie de la traduction en français (1) de cette autorisation d'exercice de la spécialité.
**17B** ☐ un certificat de scolarité **original** pour toute inscription dans une université **française** ou **étrangère** pour l'année **2017-2018**

### B.3 –Si vous avez été inscrit(e) dans une université en France (avant novembre 2017)

**18** ☐ un certificat de scolarité délivré par l'**université française** auprès de laquelle vous avez été inscrit(e) **avant novembre 2017** en précisant l'année d'étude et le(s) diplôme(s) postulé(s)
**19** ☐ photocopie certifiée conforme de l'attestation de réussite pour **chaque** diplôme obtenu en France.

### C) Si vous êtes sélectionné(e) dans le cadre d'un accord avec une Faculté française

**20** ☐ document justifiant d'un poste rémunéré, signé par le directeur de l'unité de formation et de recherche et le directeur du centre hospitalier universitaire ou de l'établissement de santé d'accueil en France qui compléteront l'**Annexe 1B**/document à ne fournir qu'**au plus tard le 15 avril 2018** (avec le dossier N°2)

### D) Pour les apatrides, réfugiés politiques ou bénéficiaires de la protection subsidiaire

**21** ☐ une pièce officielle justifiant de leur statut en France
**22** ☐ à défaut des pièces 4,5, 8 ,9 ,10 ,11 ,12 ,13 ,14 ,15 ,16 ,17, tout document ou attestation sur l'honneur à rédiger en français (ou avec une traduction en français)
**23** ☐ le cas échéant les justificatifs 18 et 19 pour ceux ayant pris une inscription en AFS ou AFSA en France

**(1) Les documents écrits en langue étrangère doivent être accompagnés d'une traduction effectuée par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.**

| | |
|---|---|
| **DEPOT DU DOSSIER** | **L'exemplaire complet** du dossier (**sans originaux**), placé sous pochette plastique transparente, est à transmettre en **un seul envoi** au plus tard **le 15 janvier 2018 :**<br>- pour les candidats ***ayant leur résidence en dehors de la France*** en janvier 2018 : au service de coopération et d'action culturelle de l'**ambassade de France** ou du consulat général français du pays de résidence<br>- pour les candidats ***justifiant d'une résidence en France en janvier 2018*** et les personnes justifiant du statut d'apatride, de réfugié politique ou de bénéficiaire de la protection subsidiaire à :<br>***Faculté de Médecine - Inscription en DFMS/DFMSA - 4 rue Kirschleger - 67085 STRASBOURG CEDEX*** |

## ANNEXES AU DOSSIER DE CANDIDATURE DFMS ou DFMSA

- **Annexe 1A :** Liste et ordre des pièces à joindre au dossier de candidature
- **Annexe 1B** : Attestation d'inscription dans le cadre d'un accord de coopération
- **Annexe 1C** : Attestation sur l'honneur pour les études effectuées (ou en cours) en France
- **Annexe 1D-DFMS** : Accord des autorités locales pour le séjour en France pour les DFMS
  Durée de la formation hospitalière pour la spécialité postulée
- **Annexe 1D-DFMSA** : Relevé détaillé du cursus de spécialité pour les postulants au DFMSA
- **Annexe 1E** : Relevé détaillé des semestres hospitaliers accomplis par le(la) candidat(e)
- **Annexe 1F :** Attestation sur l'honneur de nationalité ou de double nationalité
- **Annexe 1G :** Attestation sur l'honneur de scolarité ou d'activité en 2016-2017 et 2017-2018
- **Annexe 1H** : Présentation du *curriculum vitae* détaillé
- **Annexes 1I - 1ère partie et 1J - 2ème partie** : Codification des DFMS et DFMSA et places ouvertes
- **Annexe 1J** : Code des pays, des nationalités et des SCAC / Service culturel français à l'étranger
- **Annexe 1K** : Code des Facultés de Médecine ou de Pharmacie en France

**ANNEXE 1B**
**COOPERATION**

**DOSSIERS 1 et 2**

**DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER A STRASBOURG**
***15 janvier 2018***

**D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.**

# INSCRIPTION DANS LE CADRE D'UN ACCORD DE COOPERATION

**(à faire établir et signer par les autorités françaises de la Faculté et du Centre hospitalier d'accueil)**
**(l'original sera à joindre si possible au dossier N°2 en avril 2018)**

NOM de naissance : ☐ Madame ☐ Monsieur _____
Prénom : _____
Pour les femmes mariées : épouse (nom du mari) : _____
Nom usuel (le cas échéant) : _____
né(e) le _____ à _____ ( _____)
nationalité(s) _____ et _____
originaire de la Faculté ☐ de Médecine ☐ de Pharmacie
de : _____ Ville : _____ Pays : _____
postule pour l'année universitaire **2018-2019**

☐ le DFMS ☐ le DFMSA
de _____
correspondant à une partie de la formation dispensée en France pour
le DES de _____
ou le DESC de _____
dans le cadre d'un **accord de coopération** conclu
avec l'**Université** de _____ / France
et son U.F.R. de ☐ Médecine ☐ Pharmacie de : _____
et/ou l'**établissement hospitalier** de : _____
Le(la) candidat(e) **disposera d'un poste de F.F.I.,** au titre de la **coopération,**
dans la spécialité : _____
au centre hospitalier de : _____ Ville : _____
relevant de la Faculté de Médecine de : _____
avec prise obligatoire de fonctions d'interne (FFI) au : ☐ 1er novembre 2018
pour une durée de ☐ 2 semestres
financé par ☐ CHU ☐ Hôpital ☐ Conseil Régional ☐ Etat d'origine du candidat
☐ Association ou autre : _____

Nous attestons que ce poste de F.F.I. **n'entre pas dans le contingent national** des places ouvertes pour **l'année 2018-2019**, au titre de la procédure générale, tel que publié au Journal Officiel.

Fait à _____ le, _____

- **Le Directeur Général** (du CHU ou de l'établissement de santé) d'**accueil** (A)
- **Le coordonnateur local** de la spécialité postulée (A)
  Service agréé ? ☐ OUI ☐ NON
- **Le Doyen de la Faculté** (A)
  - ayant passé l'accord de coopération
  - ou pour la Région parisienne, dont relève le coordonnateur local

(A) Veuillez préciser les nom et prénom du signataire et apposez son cachet officiel

**ANNEXE 1C**

**D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.**

**DOSSIER 1**

**DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER A STRASBOURG**
***15 janvier 2018***

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR

**(à joindre obligatoirement à chacun des dossiers de candidature)**

Je soussigné(e) _____
(nom et prénom du/de la candidat(e))

Pour les femmes mariées (nom du mari) _____ déclare sur l'honneur :

| Si | OUI | | NON |
|---|---|---|---|
| 1 - | (1)<br>☐<br>☐ | Avoir pris une inscription en France à une formation conduisant à l'un des diplômes suivants :<br>- D.I.S. (Diplôme interuniversitaire spécialisé)<br>- D.I.S.C. (Diplôme interuniversitaire spécialisé complémentaire) | <br>☐<br>☐ |
| 2 - | ☐<br>(1) | Avoir pris une inscription en France pour une **A.F.S.** (Attestation de formation spécialisée) dans la discipline :_____(1)<br>auprès de la Faculté de Médecine / Pharmacie de :_____<br>du _____au_____ et du_____au_____ | ☐ |
| 3 - | ☐<br>(1) | Avoir pris une inscription en France pour une **A.F.S.A.** (Attestation de formation spécialisée approfondie) dans la discipline :_____(1)<br>auprès de la Faculté de Médecine / Pharmacie de :_____<br>du _____au_____ et du_____au_____ | ☐ |
| 4 - | ☐<br>(1) | Avoir pris une inscription en France pour un **D.F.M.S.** (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité :_____<br>année universitaire : ____/____ Faculté de :_____(1) | ☐ |
| 5 - | ☐<br>(1) | Avoir pris une inscription en France pour un **D.F.M.S.A.** (diplôme de formation médicale spécialisée) / Spécialité :_____<br>année universitaire : ____/____ Faculté de :_____(1) | ☐ |
| 6 - | ☐<br>(1) | Avoir été inscrit(e) **en France** en **2016-2017** à l'Université de _____(1)<br>diplôme postulé :_____ | ☐ |
| 7 - | ☐<br>(1) | Etre inscrit(e) **en France** en **2017-2018** à l'Université de _____(1)<br>diplôme(s) postulé(s) :_____<br>_____ | ☐ |
| 8 - | ☐<br>(1) | Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de **stagiaire associé** en France ?<br>du_____au_____Hôpital :_____ | ☐ |
| 9 - | ☐<br>(1) | Avez-vous déjà été recruté(e) en qualité de **stagiaire bénévole** en France ?<br>du_____au_____Hôpital :_____ | ☐ |
| 10 - | ☐<br>(1) | Avez-vous déjà déposé une candidature au DFMS ou au DFMSA ?<br>☐ en 2016-2017 ? ☐ pour 2017-2018 ? | ☐ |
| 11 - | ☐<br>(1) | Avez-vous déjà renoncé à une précédente affectation en DFMS ou DFMSA ?<br>Si OUI, en quelle année ? ☐ 2016-2017 ☐ 2017-2018 | ☐ |

(1) **agrafer obligatoirement à l'arrière** de cette Annexe 2C les certificats ou attestations de scolarité correspondants

Fait à _____le,_____

**Signature originale du candidat après avoir écrit en toutes lettres** à la main : "J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus et connais les suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète" :

**ANNEXE 1D-DFMS**

**DOSSIER 1**

**DATE LIMITE DE RECEPTION DU DOSSIER A STRASBOURG**
***15 janvier 2018***

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

[ Peut être remplacée par une **attestation officielle** délivrée sous une autre forme par la faculté ]

Je soussigné(e), _____ _____ _____ _____

**uniquement** ☐ Doyen ☐ Secrétaire Général ☐ Directeur Etablissement Hospitalier

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** (1) [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 2018 :**

_____ 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_____ _____ _____( _____ )

- ☐ J'autoriserai
- ☐ Je n'autoriserai pas

} l'intéressé(e) à prendre ses fonctions en France au **1er novembre 2018**

- ☐ Je validerai
- ☐ Je ne validerai pas

} la formation suivie et les semestres hospitaliers effectués en France à son retour au titre de la spécialité postulée

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)

**ANNEXE 1D-DFMSA**

**DOSSIER 1**

**DATE LIMITE**
***15 janvier 2018***

# RELEVE DETAILLE DU CURSUS DE SPECIALITE EFFECTUE A 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 2018, 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)**

P.J. : Joindre relevé détaillé des semestres / **Annexe 1E**

**ANNEXE 1E**

**DOSSIER 1**

**POUR D.F.M.S. et D.F.M.S.A.**

# RELEVÉ DETAILLÉ DES SEMESTRES DE STAGE DE SPECIALISATION VALIDÉS AU 15 JANVIER 2018

**(A compléter et à signer par <u>seulement</u> le Doyen de la Faculté de Médecine de laquelle vous relevez)**

[ => Peut être remplacée par une attestation de **situation universitaire détaillée** délivrée par la faculté ]

Je soussigné(e) ❑ Mme ❑ M _____

❑ Doyen de la Faculté de Médecine de _____

❑ ou _____qualité / fonction : _____

atteste que ❑ Mme ❑ M_____

postulant la spécialisation de _____

pour une durée de : _____années de **formation pratique** qu'il(elle) terminera le _____

a effectué au 15 janvier 2018 les stages hospitaliers de spécialité suivants :

| N° Stage | Date de début (jour/mois/ année) | Date de fin (jour/mois/ année) | Durée (en mois) (1) | Service d'accueil | Hôpital | Ville | Pays |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1er | | | | | | | |
| 2ème | | | | | | | |
| 3ème | | | | | | | |
| 4ème | | | | | | | |
| 5ème | | | | | | | |
| 6ème | | | | | | | |
| 7ème | | | | | | | |
| 8ème | | | | | | | |
| 9ème | | | | | | | |
| 10ème | | | | | | | |
| 11ème | | | | | | | |
| 12ème | | | | | | | |
| 13ème | | | | | | | |
| 14ème | | | | | | | |
| 15ème | | | | | | | |
| 16ème | | | | | | | |
| Total des mois de stages effectués (1) | | | mois | | | | |

(1) Il s'agit des stages **effectués** (même si éventuellement ils n'ont pas été validés à ce jour)

Le Doyen de la Faculté ***(nom et prénom)***
(signature lisible, ***cachet*** original
***avec traduction en français*** si nécessaire)

_____, le _____2017/2018

**ANNEXE 1F**

**DOSSIER 1**

**DATE LIMITE**
***15 janvier 2018***

**D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.**

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE NATIONALITÉ OU DE DOUBLE NATIONALITÉ

Je soussigné(e) (nom/prénom du candidat) _____

né(e) le _____à _____( _____)

de nationalité _____et éventuellement _____

**A** - ☐ atteste sur l'honneur **posséder** la nationalité suivante :

☐ en première qualité ☐ en deuxième qualité (bi-national)

**A1** - ☐ de l'un des Etats ci-dessous **membres de l'Union Européenne** :

- ☐ Allemagne
- ☐ Autriche
- ☐ Belgique
- ☐ Bulgarie
- ☐ Chypre (hors partie turque)
- ☐ Croatie
- ☐ Danemark
- ☐ Eire/Irlande
- ☐ Espagne
- ☐ Estonie
- ☐ Finlande
- ☐ **France**
- ☐ Grèce
- ☐ Hongrie
- ☐ Italie
- ☐ Lettonie
- ☐ Lituanie
- ☐ Luxembourg
- ☐ Malte
- ☐ Pays-Bas
- ☐ Pologne
- ☐ Portugal
- ☐ Roumanie
- ☐ Royaume-Uni
- ☐ Slovaquie
- ☐ Slovénie
- ☐ Suède
- ☐ République Tchèque

**A2** - ☐ ou d'un Etat partie de l'Accord sur l'**Espace économique européen**

- ☐ Islande
- ☐ Liechtenstein
- ☐ Norvège

**A3** - ☐ de la Principauté d'**Andorre**

**A4** - ☐ de la Confédération helvétique (**Suisse**)

**B** - ☐ atteste sur l'honneur **ne pas posséder** l'une des nationalités ci-dessus (A1, A2, A3, A4) en première ou en deuxième qualité

**J'atteste sur l'honneur** l'exactitude des renseignements cochés ou complétés sur ce formulaire 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 disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétentes à mon encontre.

Fait à _____, le_____

**Signature originale** de l'intéressé(e)
après avoir coché la lettre A **ou** B
et le cas échéant la case correspondante en A1 à A4

**ANNEXE 1G**

**DOSSIER 1**

**D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.**

# ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE SCOLARITE ET/OU D'ACTIVITE (2016-2017 et 2017-2018)

Je soussigné(e) (nom/prénom du candidat) _____

né(e) le _____ à _____(_____)

atteste sur l'honneur avoir occupé les activités suivantes :

**1 – durant la période du 1er novembre 2016 au 31 octobre 2017 (Année 2016-2017)**

**1.1. – scolarité :** ☐ Néant en 2016-2017
- ☐ inscrit(e) à la Faculté de _____(Pays : _____)
- ☐ en _____ème année de _____
- ☐ pour le(s) diplôme(s) :_____
  _____
  _____

**1.2. – activités hospitalières** ☐ Néant en 2016-2017
- ☐ avoir exercé les fonctions hospitalières
- ☐ en qualité de : _____
- ☐ du _____ au _____Hôpital_____
- ☐ du _____ au _____Hôpital_____

**1.3. – Sans activité hospitalière ni scolarité (en 2016-2017)**
- ☐ Durant cette période je n'ai pas été inscrit(e) à la faculté et je n'ai pas exercé d'activités hospitalières. Quel était votre statut ? :_____ _____

**2 – Durant la période du 1er novembre 2017 au 15 janvier 2018 (Année 2017-2018)**

**2.1. – scolarité :** ☐ Néant en 2017-2018
- ☐ inscrit(e) à la Faculté de _____(Pays : _____)
- ☐ en _____ème année de _____
- ☐ pour le(s) diplôme(s) :_____
  _____
  _____

**2.2. – activités hospitalières** ☐ Néant en 2017-2018
- ☐ avoir exercé les fonctions hospitalières
- ☐ en qualité de : _____
- ☐ du _____ au _____Hôpital_____
- ☐ du _____ au _____Hôpital_____

**2.3. – Sans activité hospitalière ni scolarité (en 2017-2018)**
- ☐ Durant cette période je n'ai pas été inscrit(e) à la faculté et je n'ai pas exercé d'activités hospitalières. Quel était votre statut : _____

**J'atteste sur l'honneur** l'exactitude des renseignements complétés sur ce formulaire 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 disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétentes à mon encontre.

Fait à _____, le _____ Signature originale du candidat

**ANNEXE 1H** | **DOSSIERS 1 et 2**

## D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

**MODELE DE PRESENTATION DU CURRICULUM VITAE DETAILLE**
**(à rédiger en langue française)**

Veuillez établir votre *curriculum vitae* détaillé selon les rubriques suivantes en respectant l'ordre ci-dessous **A rédiger à l'ordinateur** pour une meilleure lisibilité et sur papier blanc

1 ■ **CIVILITE**
Nom, prénom(s), épouse de …
Date, lieu et pays de naissance
Situation familiale et nombre d'enfants.

2 ■ **COORDONNEES**
Adresse permanente dans le pays de résidence
Téléphone (s) personnel et/ou professionnel
Messagerie(s) électronique (s) personnelle et/ou professionnelle

3 ■ **TITRES ET DIPLOMES**
Lister par ordre chronologique décroissant les titres et/ou diplômes obtenus, en précisant :
la date d'obtention, l'intitulé (en langue française), le lieu d'obtention, l'organisme qui l'a délivré.

4 ■ **SCOLARITE**
Date et lieu de début des études médicales ou pharmaceutiques
Date et lieu d'accès aux études de spécialité
Date et lieu de fin des études de spécialité

5 ■ **MEMOIRE(S) et THESE(S)**
Lister par ordre chronologique décroissant les mémoires d'études et la thèse de médecine rédigés jusqu'à ce jour en précisant : la date, l'intitulé, la mention éventuelle, la faculté/université de rattachement.

6 ■ **PUBLICATIONS**
Lister par ordre chronologique décroissant en les numérotant, les articles publiés (ou sous presse) à ce jour en précisant son titre, les noms et l'ordre des auteurs, le nombre de pages, la revue ou le périodique d'édition, date, avec ou sans comité de lecture.

7 ■ **COMMUNICATIONS ORALES**
Idem que pour les publications : titre de la communication, les noms et l'ordre des auteurs, l'intitulé de la manifestation, date.

8 ■ **COMMUNICATIONS AFFICHEES / POSTERS**
Idem que pour les communications orales.

9 ■ **SEJOURS A L'ETRANGER**
Lister par ordre chronologique décroissant le(s) séjour(s) effectué(s) en dehors de votre pays avec date, durée, lieu et statut.

10 ■ **MANDATS ELECTIFS ET STATUT**
Préciser par ordre chronologique décroissant les mandats électifs exercés au sein de la faculté, de l'université, du Centre hospitalier, avec dates de début et de fin.
Préciser le cas échéant vos éventuelles responsabilités ou présidences, vos éventuels mandats électifs civils ou militaires.

11 ■ **PRIX ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES**
Lister par ordre chronologique décroissant les prix et / ou distinctions obtenus en indiquant la date, la nature et l'organisme qui les a délivrés.

12 ■ **SOCIETES SAVANTES, CULTURELLES OU SCIENTIFIQUES**
Lister les diverses sociétés savantes, culturelles et/ou scientifiques auxquelles vous appartenez, avec le cas échéant les responsabilités que vous y exercez.

13 ■ **DIVERS**

14 ■ Le curriculum vitae doit être daté et signé par l'intéressé(e).

## ANNEXE

Vous êtes prié(e) de joindre le **résumé en français** de votre thèse de médecine ou de pharmacie et le cas échéant de votre mémoire de spécialité et/ou de votre principale publication (avec tiré-à-part si possible ou photocopie, **pas de CD**, ni l'exemplaire complet de la thèse, ni de clef USB).

**ANNEXE 1I – 1ère partie**

**2018-19**
**(A)**

**CODIFICATION ET PLACES des D.F.M.S. et des D.F.M.S.A. (pour 2018-2019)**

| ■ 1 – MEDECINE | DFMS | | DFMSA | | Postes DFMS+ DFMSA |
|---|---|---|---|---|---|
| **Intitulé des diplômes D.E.S.** | **DFMS** | **Coopération** | **DFMSA** | **Coopération** | |
| **■ DISCIPLINE : SPECIALITES MEDICALES** | | | | | (A) |
| - Anatomie et cytologie pathologiques | MS 001 | 9 MS 001 | MA 001 | 9 MA 001 | |
| - Cardiologie et maladies vasculaires | MS 003 | 9 MS 003 | MA 003 | 9 MA 003 | |
| - Dermatologie et vénéréologie | MS 004 | 9 MS 004 | MA 004 | 9 MA 004 | |
| - Endocrinologie et métabolisme | MS 005 | 9 MS 005 | MA 005 | 9 MA 005 | |
| - Gastroentérologie et hépatologie | MS 006 | 9 MS 006 | MA 006 | 9 MA 006 | |
| - Génétique médicale (clinique, chromosome et molécules) | MS 048 | 9 MS 048 | MA 048 | 9 MA 048 | |
| - Hématologie | MS 030 | 9 MS 030 | MA 030 | 9 MA 030 | |
| Option 1 : Hématologie-Maladies du sang | MS 30042 | 9 MS 30042 | MA 30042 | 9 MA 30042 | |
| Option 2 : Onco-hématologie | MS 30043 | 9 MS 30043 | MA 30043 | 9 MA 30043 | |
| - Médecine interne | MS 007 | 9 MS 007 | MA 007 | 9 MA 007 | |
| - Médecine nucléaire | MS 031 | 9 MS 031 | MA 031 | 9 MA 031 | |
| - Médecine physique et de réadaptation | MS 047 | 9 MS 047 | MA 047 | 9 MA 047 | |
| - Néphrologie | MS 008 | 9 MS 008 | MA 008 | 9 MA 008 | |
| - Neurologie | MS 009 | 9 MS 009 | MA 009 | 9 MA 009 | |
| - Oncologie | MS 032 | 9 MS 032 | MA 032 | 9 MA 032 | |
| Option 1 : Oncologie médicale | MS 32016 | 9 MS 32016 | MA 32016 | 9 MA 32016 | |
| Option 2 : Oncologie radiothérapique | MS 32025 | 9 MS 32025 | MA 32025 | 9 MA 32025 | |
| Option 3 : Onco-hématologie | MS 32026 | 9 MS 32026 | MA 32026 | 9 MA 32026 | |
| - Pneumologie | MS 011 | 9 MS 011 | MA 011 | 9 MA 011 | |
| - Radiodiagnostic et imagerie médicale | MS 012 | 9 MS 012 | MA 012 | 9 MA 012 | |
| - Radiothérapie : cf. Oncologie – Option 2 | | | | | |
| - Rhumatologie | MS 015 | 9 MS 015 | MA 015 | 9 MA 015 | |
| **■ DISCIPLINE : SPECIALITES CHIRURGICALES** | | | | | |
| - Chirurgie générale | MS 026 | 9 MS 026 | MA 026 | 9 MA 026 | |
| Version : osseuse | MS 26036 | 9 MS 26036 | MA 26036 | 9 MA 26036 | |
| Version : viscérale | MS 26037 | 9 MS 26037 | MA 26037 | 9 MA 26037 | |
| - Chirurgie orale (pour médecine) | MO 0261 | 9 MO 0261 | OA 0261 | 9 OA 0261 | |
| - Neurochirurgie | MS 022 | 9 MS 022 | MA 022 | 9 MA 022 | |
| - Ophtalmologie | MS 023 | 9 MS 023 | MA 023 | 9 MA 023 | |
| - Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale | MS 024 | 9 MS 024 | MA 024 | 9 MA 024 | |
| - Stomatologie | MS 028 | 9 MS 028 | MA 028 | 9 MA 028 | |
| **■ DISCIPLINE : ANESTHESIE-REANIMATION** | MS 018 | 9 MS 018 | MA 018 | 9 MA 018 | |
| **■ DISCIPLINE : GYNECOLOGIE MEDICALE** | MS 020 | 9 MS 020 | MA 020 | 9 MA 020 | |
| **■ DISCIPLINE : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE** | MS 021 | 9 MS 021 | MA 021 | 9 MA 021 | |
| **■ DISCIPLINE : MEDECINE DU TRAVAIL** | MS 029 | 9 MS 029 | MA 029 | 9 MA 029 | |
| **■ DISCIPLINE : PEDIATRIE** | MS 014 | 9 MS 014 | MA 014 | 9 MA 014 | |
| **■ DISCIPLINE : PSYCHIATRIE** | MS 027 | 9 MS 027 | MA 027 | 9 MA 027 | |
| **■ DISCIPLINE : SANTE PUBLIQUE** | | | | | |
| - Santé publique et médecine sociale | MS 050 | 9 MS 050 | MA 050 | 9 MA 050 | |
| **■ DISCIPLINE : BIOLOGIE MEDICALE (pour Médecins)** | MS 078 | 9 MS 078 | MA 078 | 9 MA 078 | |
| - Niveau 1 : Bactériologie-virologie et hygiène | MS 78070 | 9 MS 78070 | MA 78070 | 9 MA 78070 | |
| - Niveau 1 : Biochimie | MS 78071 | 9 MS 78071 | MA 78071 | 9 MA 78071 | |
| - Niveau 1 : Hématologie cellulaire et hémostase | MS 78072 | 9 MS 78072 | MA 78072 | 9 MA 78072 | |
| - Niveau 1 : Immunohématologie | MS 78073 | 9 MS 78073 | MA 78073 | 9 MA 78073 | |
| - Niveau 1 : Parasitologie et mycologie | MS 78074 | 9 MS 78074 | MA 78074 | 9 MA 78074 | |
| - Niveau 2 : Option Biologie polyvalente | MS 78075 | 9 MS 78075 | MA 78075 | 9 MA 78075 | |
| - Niveau 2 : Option Biologie spécialisée | MS 78076 | 9 MS 78076 | MA 78076 | 9 MA 78076 | |
| - Stage clinique pour médecin | MS 78077 | 9 MS 78077 | MA 78077 | 9 MA 78077 | |
| **■ 2 - PHARMACIE** | | | | | |
| **■ BIOLOGIE MEDICALE (pour Pharmaciens)** | PS 008 | 9 PS 008 | PA 008 | 9 PA 008 | |
| - Niveau 1 : Bactériologie-virologie et hygiène | PS 08072 | 9 PS 08072 | PA 08072 | 9 PA 08072 | |
| - Niveau 1 : Biochimie | PS 08073 | 9 PS 08073 | PA 08073 | 9 PA 08073 | |
| - Niveau 1 : Hématologie cellulaire et hémostase | PS 08074 | 9 PS 08074 | PA 08074 | 9 PA 08074 | |
| - Niveau 1 : Immunohématologie | PS 08075 | 9 PS 08075 | PA 08075 | 9 PA 08075 | |
| - Niveau 1 : Parasitologie et mycologie | PS 08076 | 9 PS 08076 | PA 08076 | 9 PA 08076 | |
| - Niveau 2 : Option Biologie polyvalente | PS 08077 | 9 PS 08077 | PA 08077 | 9 PA 08077 | |

**◆ MISE EN GARDE : TOUS LES POSTES NE SONT PAS EXCLUSIVEMENT LOCALISES EN CHU ◆**

(A) Arrêté non encore publié pour l'année 2017-2018 / Consultez le site de Strasbourg vers la mi-décembre 2017

**ANNEXE 1I – 2ème partie**

**2018-19**
**(A)**

**CODIFICATION ET PLACES des D.F.M.S. et des D.F.M.S.A. (pour 2018-2019)**

| ■ 1 – MEDECINE | DFMS | | DFMSA | | Postes |
|---|---|---|---|---|---|
| **Intitulé des diplômes D.E.S.C.** | **DFMS** | **Coopération** | **DFMSA** | **Coopération** | **DFMS+ DFMSA** |
| **■ DESC du GROUPE I** | | | | | (A) |
| - Addictologie | MS 081 | 9 MS 081 | MA 081 | 9 MA 081 | |
| - Allergologie et immunologie clinique | MS 057 | 9 MA 057 | MA 057 | 9 MA 057 | |
| - Andrologie | MS 066 | 9 MS 066 | MA 066 | 9 MA 066 | |
| - Cancérologie | MS 051 | 9 MS 051 | MA 051 | 9 MA 051 | |
| - Dermatopathologie | MS 038 | 9 MS 038 | MA 038 | 9 MA 038 | |
| - Foetopathologie | MS 039 | 9 MS 039 | MA 039 | 9 MA 039 | |
| - Hémobiologie – Transfusion | MS 056 | 9 MS 056 | MA 056 | 9 MA 056 | |
| - Médecine de la reproduction | MS 060 | 9 MS 060 | MA 060 | 9 MA 060 | |
| - Médecine de la douleur et médecine palliative | MS 103 | 9 MS 103 | MA 103 | 9 MA 103 | |
| Option 1 : Médecine de la douleur | MS 10308 | 9 MS 10308 | MA 10308 | 9 MA 10308 | |
| Option 2 : Médecine palliative | MS 10309 | 9 MS 10309 | MA 10309 | 9 MA 10309 | |
| - Médecine légale et expertises médicales | MS 065 | 9 MS 065 | MA 065 | 9 MA 065 | |
| - Médecine du sport | MS 040 | 9 MS 040 | MA 040 | 9 MA 040 | |
| - Médecine d'urgence | MS 100 | 9 MS 100 | MA 100 | 9 MA 100 | |
| - Médecine vasculaire | MS 064 | 9 MS 064 | MA 064 | 9 MA 064 | |
| - Néonatologie | MS 035 | 9 MS 035 | MA 035 | 9 MA 035 | |
| - Neuropathologie | MS 099 | 9 MS 099 | MA 099 | 9 MA 099 | |
| - Nutrition | MS 061 | 9 MS 061 | MA 061 | 9 MA 061 | |
| - Orthopédie dento-maxillo-faciale | MS 083 | 9 MS 083 | MA 083 | 9 MA 083 | |
| - Pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique | MS 058 | 9 MS 058 | MA 058 | 9 MA 058 | |
| - Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques | MS 080 | 9 MS 080 | MA 080 | 9 MA 080 | |
| - Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent | MS 062 | 9 MS 062 | MA 062 | 9 MA 062 | |
| **■ DESC de GROUPE II** | | | | | |
| - Chirurgie infantile | MS 092 | 9 MS 092 | MA 092 | 9 MA 092 | |
| - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie | MS 093 | 9 MS 093 | MA 093 | 9 MA 093 | |
| - Chirurgie de la face et du cou | MS 102 | 9 MS 102 | MA 102 | 9 MA 102 | |
| - Chirurgie orthopédique et traumatologie | MS 094 | 9 MS 094 | MA 094 | 9 MA 094 | |
| - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | MS 052 | 9 MS 052 | MA 052 | 9 MA 052 | |
| - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | MS 095 | 9 MS 095 | MA 095 | 9 MA 095 | |
| Option 1 : chirurgie thoracique | MS 09501 | 9 MS 09501 | MA 09501 | 9 MA 09501 | |
| Option 2 : chirurgie cardiovasculaire | MS 09502 | 9 MS 09502 | MA 09502 | 9 MA 09502 | |
| - Chirurgie urologique | MS 096 | 9 MS 096 | MA 096 | 9 MA 096 | |
| - Chirurgie vasculaire | MS 054 | 9 MS 054 | MA 054 | 9 MA 054 | |
| - Chirurgie viscérale et digestive | MS 097 | 9 MS 097 | MA 097 | 9 MA 097 | |
| - Gériatrie | MS 101 | 9 MS 101 | MA 101 | 9 MA 101 | |
| - Réanimation ~~médicale~~ | MS 0411 | 9 MS 0411 | MA 0411 | 9 MA 0411 | |
| **■ DESC de BIOLOGIE MEDICALE (médecins)** | | | | | |
| - Biochimie hormonale et métabolique | MS 084 | 9 MS 084 | MA 084 | 9 MA 084 | |
| - Biologie des agents infectieux | MS 085 | 9 MS 085 | MA 085 | 9 MA 085 | |
| - Biologie moléculaire | MS 086 | 9 MS 086 | MA 086 | 9 MA 086 | |
| - Cytogénétique humaine | MS 087 | 9 MS 087 | MA 087 | 9 MA 087 | |
| - Hématologie biologique | MS 088 | 9 MS 088 | MA 088 | 9 MA 088 | |
| - Pharmacocinétique et métabolisme des médicaments | MS 090 | 9 MS 090 | MA 090 | 9 MA 090 | |
| - Radiopharmacie et radiobiologie | MS 089 | 9 MS 089 | MA 089 | 9 MA 089 | |
| - Toxicologie biologique | MS 091 | 9 MS 091 | MA 091 | 9 MA 091 | |

**■ 2 – PHARMACIE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **■ DESC de BIOLOGIE MEDICALE** | | | | | |
| - Biochimie hormonale et métabolique | PS 084 | 9 PS 084 | PA 084 | 9 PA 084 | |
| - Biologie des agents infectieux | PS 085 | 9 PS 085 | PA 085 | 9 PA 085 | |
| - Biologie moléculaire | PS 086 | 9 PS 086 | PA 086 | 9 PA 086 | |
| - Cytogénétique humaine | PS 087 | 9 PS 087 | PA 087 | 9 PA 087 | |
| - Hématologie biologique | PS 088 | 9 PS 088 | PA 088 | 9 PA 088 | |
| - Pharmacocinétique et métabolisme des médicaments | PS 090 | 9 PS 090 | PA 090 | 9 PA 090 | |
| - Toxicologie biologique | PS 091 | 9 PS 091 | PA 091 | 9 PA 091 | |
| | | | | | **P** |

(A) Arrêté non encore publié pour l'année 2018-2019 / Consultez le site de Strasbourg vers la mi-décembre 2017

**◆ MISE EN GARDE : TOUS LES POSTES NE SONT PAS EXCLUSIVEMENT LOCALISES EN CHU ◆**

**ANNEXE 1J**

# CODE DES PAYS, DES NATIONALITES ET DES SERVICES CULTURELS

| PAYS | VILLE | CODES | |
|---|---|---|---|
| | | NAT | SCAC |
| **A** | | | |
| AFGHANISTAN | Kaboul | 212 | 2120 |
| AFRIQUE DU SUD | Pretoria/Le Cap | 303 | 3030 |
| ALBANIE | Tirana | 125 | 1250 |
| ALGERIE | Alger | 352 | 3520 |
| ALGERIE | Annaba | 352 | 3521 |
| ALGERIE | Constantine | 352 | 3522 |
| ALGERIE | Oran | 352 | 3523 |
| ALGERIE | Tlemcen | 352 | 3524 |
| ALLEMAGNE | Berlin | UE | 1420 |
| ANDORRE | Andorre-la-Vieille | AUE | 1300 |
| ANGOLA + CABINDA | Luanda | 395 | 3950 |
| ANTIGUA + BARBUDA | Saint John's | 441 | 4410 |
| ANTILLES NEERLANDAISES | Willemstad | 431 | 4310 |
| ARABIE SAOUDITE | Riyad | 201 | 2010 |
| ARGENTINE | Buenos Aires | 415 | 4150 |
| ARMENIE | Erevan | 252 | 2520 |
| AUSTRALIE | Canberra | 501 | 5010 |
| AUTRICHE | Vienne | UE | 1100 |
| AZERBAIDJAN | Bakou | 253 | 2530 |
| | | | |
| **B** | | | |
| BAHAMAS | Nassau | 436 | 4360 |
| BAHREIN | Manama | 249 | 2490 |
| BANGLADESH | Dacca | 246 | 2460 |
| BARBADE | Bridgetown | 434 | 4340 |
| BELGIQUE | Bruxelles | UE | 1310 |
| BELIZE | Belmopan | 429 | 4290 |
| BENIN | Porto Novo | 327 | 3270 |
| BHOUTAN | Thimbu | 214 | 2140 |
| BIELORUSSIE (Bélarus) | Minsk | 148 | 1480 |
| BIRMANIE | Rangoun | 224 | 2240 |
| BOLIVIE | La Paz | 418 | 4180 |
| BOSNIE-HERZEGOVINE | Sarajevo | 118 | 1180 |
| BOTSWANA | Gaborone | 347 | 3470 |
| BRESIL | Brasilia | 416 | 4160 |
| BRESIL | Rio de Janeiro | 416 | 4161 |
| BRESIL | Sao Paulo | 416 | 4162 |
| BRUNEI | Bandar Seri Begawan | 225 | 2250 |
| BULGARIE | Sofia | UE | 1110 |
| BURKINA FASSO | Ouagadougou | 331 | 3310 |
| BURUNDI | Bujumbura | 321 | 3210 |
| | | | |
| **C** | | | |
| CAMBODGE | Phnom Penh | 234 | 2340 |
| CAMEROUN | Yaoundé | 322 | 3220 |
| CANADA | Ottawa | 401 | 4010 |
| CANADA | Québec | 401 | 4011 |
| CAP VERT (Iles du) | Praia | 396 | 3960 |
| CENTRAFRIQUE (Rép.) | Bangui | 323 | 3230 |

| PAYS | VILLE | CODES | |
|---|---|---|---|
| | | NAT | SCAC |
| **C** | | | |
| CEYLAN (Sri Lanka) | Colombo | 235 | 2350 |
| CHILI | Santiago de Chile | 417 | 4170 |
| CHINE POPULAIRE | Pékin | 216 | 2160 |
| CHYPRE | Nicosie | UE | 2540 |
| CISJORDANIE | Naplouse / Jérusalem | 261 | 2610 |
| COLOMBIE | Bogota | 419 | 4190 |
| COMORES | Moroni | 397 | 3970 |
| CONGO-BRAZZAVILLE | Brazzaville | 324 | 3240 |
| CONGO (Rép. Démo.) | Kinshasa | 312 | 3120 |
| COOK (Iles) / N$^{ELLE}$ ZELANDE | Avarua | 502 | 5020 |
| COREE du NORD | Pyongyang | 238 | 2380 |
| COREE du SUD | Séoul | 239 | 2390 |
| COSTA RICA | San José | 406 | 4060 |
| COTE D'IVOIRE | Abidjan | 326 | 3260 |
| CROATIE | Zagreb | UE | 1190 |
| CUBA | La Havane | 407 | 4070 |
| | | | |
| **D** | | | |
| DANEMARK | Copenhague | UE | 1010 |
| DJIBOUTI | Djibouti | 399 | 3990 |
| DOMINIQUE (Iles de la) | Roseau | 438 | 4380 |
| | | | |
| **E** | | | |
| EGYPTE | Le Caire | 301 | 3010 |
| EIRE (Irlande) | Dublin | UE | 1360 |
| EL SALVADOR | San Salvador | 414 | 4140 |
| EMIRATS ARABES UNIS | Abu Dhabi | 247 | 2470 |
| EQUATEUR | Quito | 420 | 4200 |
| ERYTHREE | Asmara | 317 | 3170 |
| ESPAGNE | Madrid | UE | 1340 |
| ESTONIE | Tallinn | UE | 1060 |
| ETATS-UNIS | Washington | 404 | 4040 |
| ETHIOPIE | Addis Abeba | 315 | 3150 |
| | | | |
| **F** | | | |
| FEROE (Iles) | Thorshavn | UE | 1010 |
| FIDJI (Iles) | Suva | 508 | 5080 |
| FINLANDE | Helsinki | UE | 1050 |
| FRANCE | Strasbourg 1 | UE | 1001 |
| | | | |
| **G** | | | |
| GABON | Libreville | 328 | 3280 |
| GAMBIE | Banjul | 304 | 3040 |
| GAZA (Cf. CISJORDANIE) | Gaza | 261 | 2611 |
| GEORGIE | Tbilissi | 255 | 2550 |
| GHANA | Accra | 329 | 3290 |
| GIBRALTAR | Gibraltar | 133 | 1330 |
| GRECE | Athènes | UE | 1260 |
| GRENADE | Saint-George's | 435 | 4350 |

| | | CODES | |
|---|---|---|---|
| GROENLAND | Nuuk | 430 | 4300 |
| GUATEMALA | Guatemala City | 409 | 4090 |
| GUINEE | Conakry | 330 | 3300 |
| GUINEE BISSAU | Bissau | 392 | 3920 |
| GUINEE EQUATORIALE | Malabo / Bata | 314 | 3140 |
| GUYANA | Georgetown | 428 | 4280 |
| | | | |
| **H** | | | |
| HAITI | Port-au-Prince | 410 | 4100 |
| HONDURAS | Tegucigalpa | 411 | 4110 |
| HONG-KONG | Hong-Kong | 230 | 2300 |
| HONGRIE | Budapest | UE | 1120 |
| | | | |
| **I** | | | |
| ILE MAURICE | Port-Louis | 390 | 3900 |
| ILES COOK / N$^{ELLE}$ ZELANDE | Avarua | 502 | 5020 |
| ILES FEROE | Thorshavn | UE | 1010 |
| ILES FIDJI | Suva | 508 | 5080 |
| ILES MALDIVES | Malé | 229 | 2290 |
| ILES MARIANNES NORD | Garapan | | |
| ILES MARSHALL | Majuro | 515 | 5150 |
| ILES SALOMON | Honiara | | |
| INDE | New Delhi | 223 | 2230 |
| INDONESIE | Jakarta | 231 | 2310 |
| IRAK / IRAQ | Bagdad | 203 | 2030 |
| IRAN | Téhéran | 204 | 2040 |
| IRLANDE (EIRE) | Dublin | UE | 1360 |
| ISLANDE | Reykjavik | EEE | 1020 |
| ISRAEL | Tel Aviv / Jérusalem | 207 | 2070 |
| ITALIE | Rome | UE | 1270 |
| | | | |
| **J** | | | |
| JAMAIQUE | Kingston | 426 | 4260 |
| JAPON | Tokyo | 217 | 2170 |
| JORDANIE | Amman | 222 | 2220 |
| | | | |
| **K** | | | |
| KAZAKHSTAN | Astana | 256 | 2560 |
| KENYA | Nairobi | 332 | 3320 |
| KIRGHIZISTAN | Bichkek | 257 | 2570 |
| KIRIBATI | Tarawa | 513 | 5130 |
| KOSOVO(Cf. SERBIE) | Pristina | 121 | 1212 |
| KOWEIT | Koweit | 240 | 2400 |
| | | | |
| **L** | | | |
| LAOS | Vientiane | 241 | 2410 |
| LESOTHO | Maseru | 348 | 3480 |
| LETTONIE | Riga | UE | 1070 |
| LIBAN | Beyrouth | 205 | 2050 |
| LIBERIA | Monrovia | 302 | 3020 |
| LIBYE | Tripoli | 316 | 3160 |
| LIECHTENSTEIN | Vaduz | EEE | 1130 |
| LITUANIE | Vilnius | UE | 1080 |
| LUXEMBOURG | Luxembourg Ville | UE | 1370 |
| | | | |

* ARYM = Ancienne république yougoslave de Macédoine

| | | CODES | |
|---|---|---|---|
| **M** | | | |
| MACAO | Macao | 232 | 2320 |
| MACEDOINE (ARYM)* | Skopje | 156 | 1560 |
| MADAGASCAR | Antananarivo | 333 | 3330 |
| MALAISIE | Kuala Lumpur | 227 | 2270 |
| MALAWI | Lilongwe/Blantyre | 334 | 3340 |
| MALDIVES | Malé | 229 | 2290 |
| MALI | Bamako | 335 | 3350 |
| MALTE | La Valette | UE | 1440 |
| MARIANNES DU NORD | Garapan | | |
| MAROC | Rabat | 350 | 3500 |
| MARSHALL (Iles) | Majuro | 515 | 5150 |
| MAURICE | Port Louis | 390 | 3900 |
| MAURITANIE | Nouakchott | 336 | 3360 |
| MEXIQUE | Mexico | 405 | 4050 |
| MICRONESIE (Etats de la) | Palikir | 516 | 5160 |
| MOLDAVIE | Chisinau | 151 | 1510 |
| MONACO | Monte-Carlo | 138 | 1380 |
| MONGOLIE | Oulan Bator | 242 | 2420 |
| MONTENEGRO | Podgorica | 121 | 1211 |
| MOZAMBIQUE | Maputo | 393 | 3930 |
| MYANMAR (BIRMANIE) | Rangoon | 224 | 2240 |
| | | | |
| **N** | | | |
| NAMIBIE | Windhoek | 311 | 3110 |
| NAURU | Yaren | 507 | 5070 |
| NEPAL | Katmandou | 215 | 2150 |
| NICARAGUA | Managua | 412 | 4120 |
| NIGER | Niamey | 337 | 3370 |
| NIGERIA | Abuja / Lagos | 338 | 3380 |
| NIUE / N$^{ELLE}$ ZELANDE | Alofi | 502 | 5020 |
| NORVEGE | Oslo | EEE | 1030 |
| NOUVELLE GUINEE - PAPOUASIE | Port-Moresby | 510 | 5100 |
| NOUVELLE ZELANDE | Wellington | 502 | 5020 |
| | | | |
| **O** | | | |
| OMAN | Mascate | 250 | 2500 |
| OUGANDA | Kampala | 339 | 3390 |
| OUZBEKISTAN | Tachkent | 258 | 2580 |
| | | | |
| **P** | | | |
| PAKISTAN | Islamabad / Karachi | 213 | 2130 |
| PALAU / BELAU | Koror | | |
| PALESTINE (Cf. CISJORDANIE ET GAZA) | | 261 | 2610 |
| PANAMA | Panama | 413 | 4130 |
| PAPOUASIE - NOUVELLE GUINEE | Port-Moresby | 510 | 5100 |
| PARAGUAY | Asuncion | 421 | 4210 |
| PAYS-BAS | Amsterdam | UE | 1350 |
| PEROU | Lima | 422 | 4220 |
| PHILIPPINES | Manille | 220 | 2200 |
| POLOGNE | Varsovie | UE | 1220 |
| PORTO RICO | San Juan | 432 | 4320 |
| PORTUGAL | Lisbonne | UE | 1390 |

| | | CODES | |
|---|---|---|---|
| **Q** | | | |
| QATAR | Doha | 248 | 2480 |
| | | | |
| **R** | | | |
| REP. DOMINICAINE | Saint-Domingue | 408 | 4080 |
| REP. TCHEQUE | Prague | UE | 1160 |
| ROUMANIE | Bucarest | UE | 1140 |
| ROYAUME UNI | Londres | UE | 1320 |
| RUSSIE | Moscou | 123 | 1230 |
| RWANDA | Kigali | 340 | 3400 |
| | | | |
| **S** | | | |
| SAINTE LUCIE (Ile) | Castries | 439 | 4390 |
| SAINT-KITTS ET NEVIS | Basseterre | 442 | 4420 |
| SAINT-MARIN | Saint-Marin | 128 | 1280 |
| SAINT-VINCENT / GRENADINES | Kingston | 440 | 4400 |
| SALOMON (Iles) | Honaria | 512 | 5120 |
| SALVADOR | San Salvador | 414 | 4140 |
| SAMOA Américaines | Pago-Pago | | |
| SAMOA (Occidentales) | Apia | 506 | 5060 |
| SAO TOME et PRINCIPE | Sao Tomé | 394 | 3940 |
| SENEGAL | Dakar | 341 | 3410 |
| SERBIE-MONTENEGRO | Belgrade | 121 | 1210 |
| SEYCHELLES (Iles) | Victoria | 398 | 3980 |
| SIERRA LEONE | Freetown | 342 | 3420 |
| SINGAPOUR | Singapour | 226 | 2260 |
| SLOVAQUIE | Bratislava | UE | 1170 |
| SLOVENIE | Ljubljana | UE | 1450 |
| SOMALIE | Muqdisho | 318 | 3180 |
| SOUDAN | Khartoum | 343 | 3430 |
| SRI LANKA (CEYLAN) | Colombo | 235 | 2350 |
| SUEDE | Stockholm | UE | 1040 |
| SUISSE | Berne | AUE | 1400 |
| SURINAM | Paramaribo | 437 | 4370 |
| SWAZILAND | Mbabane | 391 | 3910 |
| SYRIE | Damas | 206 | 2060 |
| | | | |
| **T** | | | |
| TADJIKISTAN | Douchanbé | 259 | 2590 |
| TAIWAN | Taipei | 236 | 2360 |
| TANZANIE | Dodoma / Dar Es-salaam | 309 | 3090 |
| TCHAD | N'Djamena | 344 | 3440 |
| TCHEQUE (REP.) | Prague | UE | 1150 |
| THAILANDE | Bangkok | 219 | 2190 |
| TIMOR-ORIENTAL | Dili | | |
| TOGO | Lomé | 345 | 3450 |
| TOKELAU (N$^{ELLE}$ ZELANDE) | | 502 | 5020 |
| TONGA | Nukualofa | 509 | 5090 |
| TRINITE et TOBAGO | Port of Spain | 433 | 4330 |
| TUNISIE | Tunis | 351 | 3510 |
| TURKMENISTAN | Achgabat | 260 | 2600 |
| TURQUIE | Ankara | 208 | 2080 |
| TUVALU | Funafuti | 511 | 5110 |

| | | CODES | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **U** | | | |
| UKRAINE | Kiev | 155 | 1550 |
| URUGUAY | Montevidéo | 423 | 4230 |
| | | | |
| **V** | | | |
| VANUATU | Port-Vila | 514 | 5140 |
| VATICAN (Cité du) | | 129 | 1290 |
| VENEZUELA | Caracas | 424 | 4240 |
| VIETNAM | Hanoï | 243 | 2430 |
| | | | |
| **W** | | | |
| | | | |
| **X** | | | |
| | | | |
| **Y** | | | |
| YEMEN | Sanaa | 251 | 2510 |
| | | | |
| **Z** | | | |
| ZAIRE (Rép. Dém. Congo) | Kinshasa | 312 | 3120 |
| ZAMBIE | Lusaka | 346 | 3460 |
| ZIMBABWE | Harare | 310 | 3100 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| APATRIDES, REFUGIES POLITIQUES ET BENEFICIAIRE DE LA PROTECTION SUBSIDIAIRE EN FRANCE | Strasbourg 2 | 995 | 1002 |
| AUTRES PAYS | | 990 | 9900 |

UE : Union Européenne (28 pays)
EEE : Espace Economique Européen (3 pays)
AUE : "Assimilé" à l'UE (2 pays)