

## DOSSIER DE CANDIDATURE

### ASSISTANT SPECIALISTE MEDECINE DE LA DOULEUR/SOINS PALLIATIFS Session 2021 (prise de fonction en novembre 2021 ou mai 2022)

Dossier suivi à l'ARS Normandie par :

Direction appui à la performance - Pôle Formation des Professionnels de Santé

Subdivision de Rouen : Sandrine BEAULIEU (02 32 18 32 50 – sandrine.beaulieu@ars.sante.fr)

Subdivision de Caen : Béatrice MADELAINE (02 31 70 96 40- beatrice.madelaine@ars.sante.fr)

**DATE LIMITE DE DEPOT DU DOSSIER le 15 FEVRIER 2021**

**Dossier à transmettre par voie électronique :  
ars-normandie-direction-appui-performance@ars.sante.fr**

#### **NOM et prénom du candidat :**

Adresse :

N° de téléphone :

Adresse mèl :

Faculté d'origine (1er et 2ème cycle) :

Statut actuel : interne

Autre  .....

Etablissement et service d'accueil :

Date de la prise de fonction :

**Il est impératif que le DES et la thèse aient été validés à la date d'entrée en fonction.**

Durée de fonctions prévue : 2 ans  1an

#### **Traitement des données à caractère personnel :**

- En cochant cette case, j'accepte de fournir les données personnelles me concernant à l'ARS de Normandie, qui les utilisera exclusivement dans la finalité prévue ci-dessous :**

*Afin d'étudier votre candidature à un poste d'assistant spécialiste médecine de la douleur/soins palliatifs, l'ARS de Normandie procède au traitement informatique de vos données personnelles. Vos données sont conservées pendant la durée de votre contrat et ne sont destinées qu'aux seuls agents habilités par leurs fonctions à y accéder.*

*Conformément aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Délégué à la Protection des Données : [ars-normandie-juridique@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-juridique@ars.sante.fr)*

## **Le dossier doit comprendre les pièces suivantes :**

- Lettre de motivation** du candidat (précisant notamment le projet professionnel, les établissements concernés et la quotité de temps partagé estimée entre ceux-ci)
  
- Annexe 1** : Descriptif du parcours du candidat
  
- Annexe 2** : Avis du coordonnateur local « médecine de la douleur » précisant son avis sur la candidature, sur le projet et sur le devenir du candidat à la fin de son post-internat.
  
- Annexe 3** : Avis du chef de service concerné
  
- Annexe 4** : Avis du directeur d'établissement hospitalier concerné
  
- Annexes 5** : Avis du président de CME

***Dossier à transmettre en préalable pour avis à la  
Direction des Affaires Médicales du Centre hospitalier concerné***

**ANNEXE 1**  
**Parcours du candidat**

**Stages hospitaliers durant l'internat**

Date	Etablissements	Service	Chef de service

**Autres fonctions hospitalières exercées**

## **DIPLOMES**

1. DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES en cours :  
→
2. D.E.S.C. :  
→
3. DIPLOME(S) D'UNIVERSITE(S) (précisez le titre et la date d'obtention) :  
→
4. LICENCE (précisez le certificat de maîtrise ou le nombre des ECT obtenus et leurs dates d'obtention) :  
→
5. MASTER (précisez le titre et la date d'obtention) :  
→

## **TRAVAUX**

1. Publications Ecrites (Auteurs, Titre, Revue, Année, n°, pages) :
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. Communications orales [Auteurs (orateur souligné), Titre, Congrès, Ville, date] :
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. Posters (Auteurs, Titre, Congrès, Ville, date) :

## **AUTRES ACTIVITES**

*(Investissement collectif, Enseignements...)*

**DESCRIPTIF DU PROJET DE FORMATION**  
**ASSISTANT SPECIALISTE MEDECINE DOULEUR/SOINS PALLIATIFS**

## PROJET DE VIE PROFESSIONNELLE

(incluant notamment le projet professionnel envisagé dans la région à l'issue de ce contrat, en établissement ou en ambulatoire, coopérations...)

## **ANNEXE 2**

### **Avis du COORDONNATEUR Médecine douleur/soins palliatifs**

- sur la candidature,
- sur le projet,
- sur le devenir du candidat à la fin de son contrat.

Date et signature :

## **ANNEXE 3**

### **Avis du CHEF DE SERVICE**

Je soussigné(e) .....

Chef de Service de : .....

Donne un avis favorable à : .....

Pour être recruté(e) en qualité d'assistant spécialiste médecine douleur/soins palliatifs ou accomplir dans mon service le temps de formation prévu dans le contrat :

Pour la période du :

Descriptif du projet de formation envisagé :

Date et signature :



**ANNEXE 4**

**CANDIDATURE ASR**

**Avis du DIRECTEUR de l'ETABLISSEMENT**

Je soussigné(e) .....

Directeur de : .....

Donne un avis favorable à : .....

Pour être recruté(e) en qualité d'assistant spécialiste médecine douleur/soins palliatifs ou accomplir dans mon établissement le temps de formation prévu dans le contrat ;

Pour la période du :

Date et signature :

## **ANNEXE 5**

### **Avis du président de CME du CENTRE HOSPITALIER**

Je soussigné(e) :

Président de CME de :

Donne un avis favorable à :

Pour être recruté(e) en qualité d'assistant spécialiste médecine douleur/soins palliatifs dans le service :

Pour la période du :

Date et signature :