

(En majuscules)
NOM AZIZ

Année universitaire 2024-2025

PRENOM MANALE

EPOUSE _____

☒ Médecin

☐ Pharmacien

Année universitaire 2024-2025

DOSSIER 1

- ☐ accepté
☐ en instance
☐ refusé

(A cocher)

DOSSIER 2

DATE LIMITE
DE RECEPTION
DU DOSSIER A
LA FACULTE
15 AVRIL 2024

DOSSIER DE CANDIDATURE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS ÉTRANGERS
AUTORISÉS À POURSUIVRE LA PROCÉDURE EN VUE D'UN DIPLOME DE FORMATION
MÉDICALE SPÉCIALISÉE (DFMS) OU D'UN DIPLOME DE FORMATION MÉDICALE
SPÉCIALISÉE APPROFONDIE (DFMSA) - RENTRÉE UNIVERSITAIRE 2024/2025

■ Type d'inscription : ☒ Contingent National ☐ accord de coopération avec _____ +Annexe 1B]

☒ DFMS de HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE (3) MS 024N

☐ DFMSA de _____ (3) A

(3) Si oncologie médicale, précisez : 0 Oncologie générale / 0 pour la spécialité de _____

A/ Je candidate pour **toutes les villes** ci-dessous **classées** selon mon **ordre de priorité** : (ne pas compléter le code des facultés) / sur **chaque dossier** cochez la **case de la faculté** à laquelle ce **dossier est destiné** :

☐ [Dossier allégé/Archive Strasbourg (obligatoire)] ☐ 8ème ROUEN

☐ 1er - STRASBOURG

☐ 2ème - BORDEAUX

☐ 3ème - TOURS

☐ 4ème - LILLE

☐ 5ème - LYON

☐ 6ème - NANCY

☐ 7ème - MARSEILLE

☐ 9ème CLERMONT-FERRAND

☐ 10ème REIMS

☐ 11ème ILE-DE-FRANCE

☐ 12ème BESANCON

☐ 13ème POITIERS

☐ 14ème ANGERS

☐ 15ème _____

[Cette liste doit figurer dans le même ordre que tous vos dossiers]

B/ ☐ **Rapprochement familial souhaité** avec M./Mme _____ (nom et prénom complets)

Lien de parenté : _____ pour les facultés ci-dessus n° _____ (si elles disposent de postes de la spécialité)

- 1 - Faire un **dossier** de candidature **complet** avec les documents exigés pour **chaque université postulée**
- 2 - Faire **aussi** un dossier **allégé** à envoyer par **mèl** à la Faculté de Médecine de Strasbourg (cochez la case 0 supra)
- 3 - Chaque dossier **complet** est envoyé **par le candidat** à chacune des facultés postulées selon les **modalités spécifiques** dans le respect de l'**Annexe 3** ci-jointe. Uniquement des photocopies et **JAMAIS de document original**.
- 4 - Si le dossier est à envoyer **par la poste**, il doit être rangé dans une **pochette plastique transparente** (sans bouton pression, ni fermeture éclair), en cochant dans le cadre A ci-dessus le nom de la Faculté destinataire

L'envoi doit parvenir à la faculté pour le 15 avril 2024

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

1.1. NOM DE NAISSANCE: AZIZ

Prénoms : MANALE

Pour les femmes mariées : Epouse de :

Né(e) le 10 03 1996 à ERRACHIDIA Pays MAROC
jour mois année

1.2. Nationalité actuelle : MAROCAINE Code : 350 (cf. Annexe 1J)

Avez-vous une **seconde nationalité** ? ☒ NON ☐ OUI, laquelle : _____

► (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) – Date d'entrée en France : _____

1.3 Nom de la Faculté de formation : FACULTE DE MEDECINE Ville : TANGER Pays : MAROC

1.4. Adresse permanente et complète 427, RIAD TOULAL 1, MEKNES, MAROC

Ville : MEKNES Province/Région : FES - MEKNES

Pays : MAROC

Télép hone/indicatif pays (depuis France) 00 212 N° d'appel : 664698371

Mél : MANALE.AZIZ @ GMAIL.COM

(4) écrire en lettres **majuscules espacées** avec point et tiret haut ou tiret bas : sera utilisé pour tous nos échanges avec vous

NOM AZIZ PRÉNOM MANALE

■ 2 - CONNAISSANCE DE LA LANGUE FRANÇAISE

2.1. J'ai passé l'épreuve de connaissance du français et obtenu le **niveau B2** : ☐ OUI ☒ NON

☐ TCF ☐ TEF ☐ DELF le _____ à _____ (joindre **Annexe 2G**)

☐ TEF organisé par la Chambre de commerce et d'industrie de Paris (oral + écrit)

☐ Avez-vous obtenu le niveau **B2** aux épreuves ci-dessous ?

- **Expression orale** : ☐ oui ☐ non / **Compréhension orale** : ☐ oui ☐ non

➤ (joindre une photocopie de l'attestation) [Durée de validité : TCF = 2 ans/TEF = 1 an/DELF = illimitée]

ou 2.2. J'ai passé un **baccalauréat français** le _____ à _____

➤ (joindre une photocopie de ce diplôme)

ou 2.3. J'ai effectué **toutes** mes **études en langue française** en vue du diplôme de médecin/pharmacien

➤ (joindre une attestation nominative délivrée par le Doyen de la faculté concernée : cf. **Annexe 2E**)

■ 3 - DIPLOME DE MEDECIN ou de PHARMACIEN

Je suis **titulaire** du diplôme (joindre photocopie du diplôme) ☒ de médecin ☐ de pharmacien
obtenu le 08/04/2021 à (ville) FES (pays) MAROC

■ 4 - DIPLOME DE SPECIALISTE OBTENU AVANT 15 janvier 2024 ☐ OUI ☒ NON

Je suis **titulaire** du diplôme/titre de **spécialité** en _____
_____ obtenu le _____ à _____ Pays : _____

■ 5 - EN COURS DE SPECIALISATION EN MEDECINE OU EN PHARMACIE (en 2023-2024)

5.1. Dans mon établissement d'origine, je postule en **2023-2024** le diplôme de : SPECIALITE
MEDICALE dans la spécialité de : HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

(joindre obligatoirement l'**attestation d'inscription universitaire** pour l'année 2023-2024)

5.2. **Etudes de spécialité en cours dans le pays d'origine ou de provenance du candidat**

5.2.a. J'ai débuté cette formation le : 1 4 0 2 2 0 2 2

jour mois année

auprès de l'établissement de : FACULTE DE MEDECINE DE TANGER

Ville : TANGER Pays : MAROC

5.2.b. La durée des stages hospitaliers est de : 0 4 années / ou 4 8 mois / ou 0 8 semestres

5.2.c. Je devrai **terminer ces stages** en : 0 2 2 0 2 6

mois année

5.2.d. Je devrai obtenir le diplôme / le titre final en : 0 2 2 0 2 6

mois année

5.2.e. **Au 1er avril 2024**, j'aurai accompli 25 mois de stage dans ce **curseur de spécialité**

■ 6 - FONCTIONS EXERCEES AU 1er AVRIL 2024 : compléter aussi l'**Annexe 1G**

Au 1er avril 2024 quel est votre statut ? MEDECIN RESIDENTE

dans quel **hôpital** exercez-vous ? (intitulé) CHU MOHAMMED VI TANGER

ville : TANGER pays MAROC

■ 7 - DATE DE PRISE DES FONCTIONS EN FRANCE

7.1. Pour **DFMS et DFMSA** : aurez-vous besoin d'une **autorisation** pour prendre vos fonctions en France au **1er novembre 2024** ? ☒ OUI ☐ NON

De qui relève-t-elle ? ☒ Faculté ☒ Hôpital ☐ Ministère ☐ Commission locale/nationale

☐ Autre : _____

Quand l'obtiendrez-vous ? AVANT MON DEPART

7.2. Pour **DFMS**/Nombre de **semestres hospitaliers** restant à faire au **1er novembre 2024** : 0 3

7.3. Pour **DFMSA** : nombre de semestre(s) que vous souhaiteriez faire en France : ☒ 2

(préciser la nature des stages souhaités dans votre lettre de motivation exprimant clairement votre projet professionnel)

7.4. J'accepterai un poste **indifféremment** en CHU ou hors CHU : ☐ OUI ☒ NON

7.5. Je souhaite occuper un poste de FFI **uniquement en CHU** : ☐ OUI ☒ NON (cf. 7.4 et 7.6)

7.6. Je souhaite occuper un poste de FFI **uniquement hors d'un CHU** : ☒ OUI ☐ NON (cf. 7.4 et 7.5)

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 TANGER le 28/03/2024

Signature originale du/de la **candidat(e)** :
précédée de la mention manuscrite

"Lu et approuvé"