

FICHE DE FIXATION DE L'ANCIENNETÉ POUR LE CALCUL DE LA REMUNERATION DES PHU

NOM DE NAISSANCE... : FABACHER	DISCIPLINE : Médecine
NOM D'USAGE..... : JACOB FABACHER	Spécialité : Santé publique
Prénom : Thibaut	Etablissement d'affectation : CHRU de Strasbourg

1) - Durée légale du service national et des services militaires obligatoires (en France ou dans l'Union européenne)

DU : / / AU : / /

2) – Services hospitaliers accomplis à l'étranger en application d'un CONTRAT de COOPERATION :

DU : / / AU : / /

3)– Durée des fonctions de même nature que les fonctions de praticien hospitalier effectuées antérieurement à votre nomination en cette qualité et présentant un intérêt pour le service public hospitalier, en France, sous réserve de justifier avoir accompli celles-ci en détenant les titres, diplômes ou autorisations exigés en France pour l'exercice de leur profession :

a) – Durée des fonctions exercées dans les ETABLISSEMENTS ou ORGANISMES FRANÇAIS de TRANSFUSION SANGUINE :

Etablissement(s) : DU : / / AU : / /
 Jour / Mois / An Jour / Mois / An
 Indiquez la quotité de travail hebdomadaire :

b) -Durée des fonctions exercées en qualité de CHERCHEUR :

LIEU	DU Jour / Mois / An	AU Jour / mois / An
CNRS, INSERM, Institut Pasteur / / / /
Autre à préciser : / / / /

c) – Durée des fonctions exercées en qualité de médecin ou de pharmacien :

LIEU	DU Jour / Mois / An	AU Jour / mois / An
Centre de lutte contre le cancer / / / /
Centre d'étude et de conservation de sperme humain / / / /
Centre régional d'étude de biologie prénatale / / / /

d) – Durée des fonctions exercées en qualité de médecin ou chirurgien-dentiste des services médicaux de l'Administration pénitentiaire :

DU : / / AU : / /

e) – **Durée des fonctions exercées au SERVICE de SANTE des ARMEES en qualité de praticien, à l'exception des fonctions accomplies en qualité de vétérinaire :**

DU : / /	AU : / /
-------------------------	-------------------------

f) – **Services accomplis dans les établissements d'hospitalisation publics en qualité de :**

QUALITE	DU Jour / Mois / An	AU Jour / Mois / An
Membre des personnels enseignants et hospitaliers titulaires : PU/MCU - PH / / / /
Membre des personnels enseignants et hospitaliers non titulaires (*) : AHU	01/11.2019.	31/08.2023.
Praticien hospitalier : / / / /
Praticien des hôpitaux à temps partiel : / / / /
Assistant des hôpitaux (généraliste et spécialiste) : / / / /
Assistant associé des hôpitaux (généraliste et spécialiste) : / / / /
Pharmacien à temps partiel : / / / /
Praticien à titre provisoire ou contractuel : / / / /
Praticien adjoint contractuel : / / / /

(*) *Chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux, assistant des universités-assistant des hôpitaux, assistant hospitalo-universitaire en biologie, assistant hospitalo-universitaire, à l'exclusion des chefs de clinique associés.*

h) – **Services accomplis dans les établissements d'hospitalisation publics en qualité d'attaché et d'attaché associé dans un ou plusieurs établissements de santé et jusqu'au 31 décembre 2002:**

Ces services sont pris en compte au prorata du nombre de vacations effectuées hebdomadairement.

Début de période	Fin de période	Nombre de vacations hebdomadaire	Etablissements
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		

i) – Services accomplis dans les établissements d’hospitalisation publics en qualité de praticien attaché et de praticien attaché associé, dans un ou plusieurs établissements de santé, à compter du 1^{er} janvier 2003:

Ces services sont pris en compte au prorata du nombre de vacations effectuées hebdomadairement.

Début de période	Fin de période	Nombre de demi-journées hebdomadaires	Etablissements
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		

j) – Durée des services accomplis en qualité de MEDECIN ou de PHARMACIEN dans la fonction publique d’Etat ou territoriale :

DU : / /	AU : / /
-------------------------	-------------------------

k) – Services accomplis en qualité de praticien hospitalier ou d’assistant des établissements publics territoriaux d’hospitalisation de Nouvelle Calédonie ou des services accomplis dans le statut particulier du cadre d’emploi des médecins de la fonction publique du Territoire de la Polynésie française :

DU : / /	AU : / /	Fonctions & statut :
DU : / /	AU : / /	Fonctions & statut :
DU : / /	AU : / /	Fonctions & statut :

l) – Services accomplis en qualité de médecin, de chirurgien-dentiste ou de pharmacien dans les établissements privés participant au service public hospitalier :

Début de période	Fin de période	Quotité de travail	Etablissements
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		
.../.../...	.../.../...		

m) – Services médicaux équivalents accomplis (à l'exclusion du service national) dans un pays de l'Union européenne autre que la France par les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Suisse (vous reporter au B du II – Classement dans la carrière et rémunération) :

- Date d'obtention du diplôme, certificat ou autre titre de médecin : / /
- Date d'obtention du diplôme, certificat ou autre titre de médecin spécialiste : / /
- Dates de la formation à la spécialité exercée : du / / au / /
 du / / au / /
 du / / au / /

Joindre **obligatoirement** les attestations de conformité à la directive 93/16/CEE établie par l'autorité compétente du pays qui a délivré le diplôme.

Pour la formation et les services équivalents accomplis, précisez s'il s'agit de temps plein et/ou de temps partiel et dans ce dernier cas, la quotité.

Nature professionnelle des services médicaux équivalents accomplis	DU Jour / mois / an	DU Jour / mois / an
////
////
////
////
////
////
Observations éventuelles sur le déroulement des services susmentionnés:		

n) - Fonctions accomplies après le doctorat en cabinet libéral (par les médecins et les chirurgiens-dentistes), en officine (par les pharmaciens) ou en laboratoire d'analyses médicales, en France ou dans un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, prises en compte à compter de la date d'installation, dans la limite de vingt années, aux 2/3 pour les douze premières années et pour 1/3 pour les huit années suivantes:

Nature professionnelle des services médicaux équivalents accomplis	DU Jour / Mois / An	AU Jour / mois / An
 / / / /
 / / / /
 / / / /
 / / / /
 / / / /
 / / / /
Observations éventuelles sur le déroulement des services susmentionnés:		

o) – Autres fonctions de même nature que celles définies au 3) :

Nature professionnelle des services médicaux équivalents accomplis	DU Jour / Mois / An	AU Jour / mois / An
 / / / /
 / / / /
 / / / /
 / / / /
Observations éventuelles sur le déroulement des services susmentionnés:		