



VAE ORDINALE

QUESTIONNAIRE A L'APPUI D'UNE DEMANDE D'EXTENSION DU DROIT D'EXERCICE DANS UNE SPÉCIALITÉ NON QUALIFIANTE

**A déposer impérativement avant le 15 février de l'année civile
Les dossiers déposés après cette date seront déclarés irrecevables**

- DEMANDE EN (voir liste DESC I en Annexe) :

.....

- DOSSIER DÉPOSÉ PAR LE DOCTEUR :

.....

- SPÉCIALISTE EN :

.....

Réservé au Conseil Départemental

DOSSIER TRANSMIS PAR LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL

DE:

Date de réception par le Conseil Départemental :

ATTENTION / AVANT PROPOS

Ne pas joindre à votre dossier des cassettes, diapositives, exemplaire de thèse...

- Joindre à votre demande les photocopies des certificats et attestations correspondant à votre formation et à votre activité, en langue française ou, le cas échéant, traduites par un traducteur agréé.
- La présence du candidat est fortement conseillée.
- Les attestations et recommandations doivent être envoyées sous plis scellés ou par courrier électronique par les signataires
- Joindre un chèque de 200€, libellé à l'Ordre de votre Conseil Départemental

ETAT - CIVIL

○ NOM DE FAMILLE (nom de naissance) :

○ NOM D'USAGE :

○ PRÉNOMS : _____

○ ADRESSE PERSONNELLE (en cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil Départemental) :

○ ADRESSE PROFESSIONNELLE ET COORDONNÉES (TÉLÉPHONE / PORTABLE / MAIL (en cas de changement, veuillez en informer le secrétariat de votre Conseil Départemental) :

○ DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

C U R S U S D E F O R M A T I O N

- En quelle année avez-vous commencé vos études médicales ? :

.....

- Diplôme de doctorat en médecine :

- Etablissement d'origine du diplôme ?

Ville :

Pays :

- Date :

○ Thèse :

○ Date et lieu :

○ Titre :

- Etes-vous titulaire de :

Spécialité Discipline : Date :

D.E.S. Discipline : Date :

D.E.S.C. groupe I Discipline : Date :

D.E.S.C. groupe II Discipline : Date :

DIS Discipline : Date :

CAPACITÉ Discipline : Date :

C.E.S. Discipline : Date :

FORMATION UNIVERSITAIRE INITIALE

INTERNE NOMMÉ AU CONCOURS

Date et lieu de la spécialité :

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			

FAISANT FONCTION D'INTERNE
(ou stage de la spécialité)

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			

CHEF DE CLINIQUE-ASSISTANT DES HÔPITAUX
(ou assistant spécialiste)

MOIS ET ANNÉE	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	NOM DU CHEF DE SERVICE	DURÉE DES FONCTIONS
de à			
de à			
de à			

A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE

(À détailler dans le curriculum vitae – cf consignes en Annexe)

1/ VOTRE BILAN PROFESSIONNEL

- Diplômes actuels dans la spécialité non qualifiante sollicitée :

.....
.....
.....
.....

- Domaine de votre activité :

.....
.....
.....
.....

- Volume d'activité dans la spécialité non qualifiante sollicitée :

.....
.....
.....
.....

- Responsabilité au sein de l'équipe médicale
- Participation aux gardes et aux urgences / permanence des soins / médecin traitant
- Participation à des décisions collégiales (RCP, Staff,...) :

.....
.....
.....
.....

- Diplômes universitaires dans la spécialité non qualifiante sollicitée :

.....
.....
.....
.....

- Développement professionnel continu :

.....
.....
.....
.....

2/ POUVEZ-VOUS JUSTIFIER :

- Travaux, publications et activités de recherche
- Enseignements en France et/ou à l'Étranger
- Appartenance à une ou des sociétés savantes
- Congrès internationaux

EXERCICE PROFESSIONNEL

FONCTIONS HOSPITALIÈRES

Temps plein

Temps partiel

DATES	HÔPITAL ET SERVICE DE (Précisez la discipline)	EN QUALITÉ DE (Attaché, Assistant hospitalier, P.H., Chef de Service...)	NOMBRE DE VACATIONS
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			
de à			

FONCTIONS A TITRE LIBÉRAL

Temps plein

Temps partiel

DATES	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT	INSTALLATION EN CABINET (ADRESSE)
de à		
de à		
de à		
de à		

FONCTIONS SALARIÉES

Temps plein

Temps partiel

DATES	NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR	NATURE DES ACTIVITÉS
de à		
de à		
de à		
de à		

3/ MOTIVATION DE VOTRE DEMANDE ET ÉVOLUTION DE CARRIÈRE ENVISAGÉE :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les informations contenues dans le formulaire et les pièces déposées seront susceptibles de vérifications

Je demande une extension du droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante au Tableau de l'Ordre des médecins du département de :

J'atteste sur l'honneur que je n'ai pas déposé dans les trois années qui précèdent, une candidature à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires du groupe I dans le cadre de la procédure de validation de l'expérience professionnelle prévue par les articles R. 632-75 et suivants du code de l'éducation, dans sa rédaction antérieure au 28 novembre 2016 (VAE Universitaire).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage à signaler au Conseil départemental de l'Ordre toute modification de la situation que j'aurais déclarée et à répondre à toute demande de renseignements émanant de l'Ordre des médecins.

Je reconnais être informé(e) que le défaut de réponse aux questions ci-dessus est susceptible d'entraîner un refus et que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites disciplinaires (article R. 4127-110 du code de la santé publique) et pénales (article L. 4163-8 du code de la santé publique).

REPRODUIRE À LA MAIN LA FORMULE : Je soussigné, certifie sur l'honneur la véracité des déclarations ci-dessus

.....

Date :Signature (Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé ») :

Textes officiels :

Décret 2012-637 du 3 mai 2012, relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante

Arrêté du 16 octobre 2014, pris en application du décret no 2012-637 du 3 mai 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante et fixant la composition des commissions et la procédure d'examen des dossiers

Art. 5 du Décret du 3 mai 2012. –« En fonction de l'évolution de la démographie médicale constatée au cours d'une année civile et au regard des besoins de prise en charge des patients, le ministre chargé de la santé fixe par arrêté, par région et pour une spécialité donnée, le nombre maximum de médecins pouvant bénéficier d'une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante au titre de l'année civile suivante. »

ANNEXES JOINTES AU QUESTIONNAIRE :

- Liste des DESC I et spécialités accessibles
- Consignes pour la rédaction du CV détaillé
- Attestation de fonctions (à remplir le cas échéant)
- Tableau des actes (à remplir le cas échéant)

Information - protection des données

Les informations personnelles que vous transmettez à votre Conseil départemental sont enregistrées et utilisées uniquement aux fins d'examiner votre demande d'extension du droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante. Dans cette optique, elles seront ensuite transmises au Conseil national de l'Ordre des médecins. Votre Conseil départemental et le Conseil national de l'Ordre des médecins agissent dans le cadre de leurs missions légales et sont responsables de ce traitement de données, au sens du Règlement général de protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016 et de la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978. Seul le personnel compétent et habilité du Conseil départemental et du Conseil national ainsi que les membres de la Commission de VAE auront accès à ces informations. Ces informations pourront également être utilisées pour mettre à jour vos informations présentes dans le Tableau ou dans votre dossier administratif. Elles seront conservées par le Conseil départemental ou le Conseil national le temps de l'examen de votre demande, puis conservées pour une durée nécessaire à la gestion des éventuels recours.

Vous disposez de droits sur les données vous concernant que vous pouvez exercer auprès de votre Conseil départemental ou auprès du Délégué à la protection des données du Conseil national à l'adresse : dpo@cn.medecin.fr. Vous bénéficiez notamment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou encore d'opposition sous certaines conditions, ainsi que du droit de vous adresser à la CNIL, le cas échéant.



Conseil National de l'Ordre des Médecins

4, rue Léon Jost – 75855 Paris Cedex 17 - Tél. : 01 53 89 32 00 - Fax : 01 53 89 32 01