



# 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

# ETAT - CIVIL

○ NOM : .....

○ NOM DE NAISSANCE : .....

○ PRÉNOMS : .....

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

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

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

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

○ DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

.....

# CURSUS DE FORMATION

- 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 *			
de à			

# A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE

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

## 1/ BILAN PROFESSIONNEL

### • Diplômes actuels dans la spécialité non qualifiante :

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

### • Domaine de votre activité :

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

### • Volume d'activité :

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

- 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 :

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

### • Développement professionnel continu :

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

## 2/ POUVEZ-VOUS JUSTIFIER :

- Travaux, publications et activités de recherche
- Enseignements en France et/ou à l'Etranger
- 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 (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 FORMULAIRE :

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

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Le responsable de ce traitement est le Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce traitement est destiné en premier lieu à tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicité leur inscription. Il sert également à établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'Ordre et de diverses informations ordinaires, ainsi qu'à la réalisation d'études démographiques. Il sert par ailleurs à répondre à l'obligation prévue à l'article L. 4113-2 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Il peut également servir à vous adresser des informations strictement liées à l'exercice de la profession. Les informations recueillies peuvent également être transmises, à leur demande, aux instances représentatives de la profession des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi qu'à celles établies hors Union européenne.*

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, vous opposer à ce que des données vous concernant soient transmises à des tiers en vue de vous adresser des informations liées à l'exercice de votre profession. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification ou d'opposition en vous adressant à votre Conseil départemental.*



**Conseil National de l'Ordre des Médecins**

180, Boulevard Haussmann - 75389 Paris Cedex 08 - Tél. : 01 53 89 32 00 - Fax : 01 53 89 32 01