

CONTRAT DE FORMATION PERSONNELLE PROFESSIONNALISANTE

(Article R 632-26 du code de l'éducation)

Date de l'actualisation :

1. L'ÉTUDIANT

NOM (naissance) **Prénom** :

Date Naissance : Année concours internat :

Adresse Mail :

Inscrit(e) dans le DES de Pharmacie Hospitalière

UFR de rattachement : **BORDEAUX**

2. L'UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE

RÉFÉRENT PÉDAGOGIQUE, COORDONNATEUR LOCAL DE LA SPÉCIALITÉ*

Prénom NOM :

Adresse Mail :

Commission locale de coordination du DES :

Date de l'avis :

DIRECTEUR DE L'UFR DE RATTACHEMENT

Le Doyen de l'UFR

Date de la signature :

PHASE SOCLE : PROJET PROFESSIONNEL

Cette partie est à compléter au fur et à mesure de l'élaboration du projet de l'étudiant

Date prévue de fin de DES :

Option précoce :

MODE(S) D'EXERCICE ENVISAGÉ(S)

- ☐ HOSPITALIER : ☐ Autres (à préciser)
- ☐ Public
- ☐ Privé
- ☐ Mixte publique/privé

TYPE(S) D'ACTIVITÉ(S) SOUHAITÉ(S)

- ☐ SOINS ☐ ENSEIGNEMENT ☐ RECHERCHE ☐ MANAGEMENT ☐ NON déterminé
- ☐ AUTRES :

ZONE(S) GÉOGRAPHIQUE(S), SITE(S) D'ACTIVITÉ SOUHAITÉ(S)

.....

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE ENVISAGÉE (quantité de temps travaillé, ratio de temps entre les activités, etc...)

.....

UN PARCOURS-RECHERCHE EST-IL ENVISAGÉ ? Si oui, dans quel domaine

NIVEAU	DOMAINE	ANNÉE de réalisation prévue
<input type="checkbox"/> Master :		
<input type="checkbox"/> Doctorat :		

DISPOSITION PARTICULIÈRE ENVISAGÉE (projet de disponibilité, compétences additionnelles, option ou FST...)

DISPONIBILITÉ : ☐ 6 mois ☐ 12 mois

☐ OPTION : ☐ Radiopharmacie ☐ Pharmacie générale ☐ DSPS

☐ FST :

☐ AUTRE (année recherche...) :

AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL

COHÉRENCE DU PROJET :

.....

OPTION recommandée :

FST recommandée :

PHASE APPROFONDISSEMENT : PARCOURS DE FORMATION ET OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

FORMATION HORS STAGE

Complément(s) éventuel(s) de formation dans le cadre du DES et, le cas échéant, de l'option ou de la FST : UE, D(I)U, MOOC, formation PSSM, autres enseignements

Titre :

Lieu/université : Date d'obtention :

Titre :

Lieu/université : Date d'obtention :

Titre :

Lieu/université : Date d'obtention :

Titre :

Lieu/université : Date d'obtention :

FORMATION EN STAGE (Les stages à réaliser en priorité sont ceux prescrits par la maquette du DES et, le cas échéant, de l'option ou de la FST; leur relevé figure dans le portfolio)

Stages pertinents à réaliser dans la phase d'approfondissement, dans le cadre de la réalisation du projet de l'étudiant :

.....

.....

.....

.....

.....

Stages HORS RÉGION à réaliser :

.....

.....

Stages À L'ÉTRANGER pertinents dans le cadre de la réalisation du projet de l'étudiant :

.....

TRAVAUX

Thèse de Doctorat en Pharmacie :

Titre :

Directeur :

Mémoire de Master 2 :

Titre :

Directeur :

AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL

**COHÉRENCE
DU PROJET :**

.....

FAISABILITÉ :

.....

PHASE CONSOLIDATION

PARCOURS DE FORMATION, TRAVAUX, POST-DES ET INSERTION PROFESSIONNELLE

MÉMOIRE DE DES:

Titre :

Directeur :

Revue de soumission envisagée :

Date d'obtention : Lieu :

FORMATION HORS STAGE : UE, D(I)U, Congrès/séminaires, MOOC, formation PSSM, autres enseignements

Titre :

Lieu/université : Date d'obtention :

Titre :

Lieu/université : Date d'obtention :

FORMATION EN STAGE : stage(s) pertinent(s) à réaliser dans la phase de consolidation

MASTER 2

Titre :

Directeur : Date d'obtention : Lieu :

ARTICLE(S) :

Titre :

Auteurs : Réf. PUBMED :

Titre :

Auteurs : Réf. PUBMED :

Titre :

Auteurs : Réf. PUBMED :

PROJET DE FIN DE DES : Activité envisagée sur les 3 ans post-DES (mettre le numéro de l'année en dessous du poste) :

☐ AHU

☐ PH

☐ Assistant des
hôpitaux

☐ Assistant
partagé

☐ Poursuite
parcours
recherche

☐ AUTRE, préciser :

(Administration, agences etc.) :

PROJET de thèse d'Université : ☐

COMMENTAIRE LIBRE :

Signature et tampon du coordonnateur local

Signature de l'étudiant