

- Démarche : ARSPDL - Déploiement des infirmiers en pratique avancée (salarié en exercice coordonné) - 2025
- Organisme : Département ressources humaines en santé

## Identité du demandeur

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Email                  | <input type="text"/> |
| Etablissement<br>SIRET | <input type="text"/> |
| Dénomination           | <input type="text"/> |
| Forme juridique        | <input type="text"/> |

## Formulaire

Dans la continuité des démarches déjà engagées et pour encourager le déploiement de la pratique avancée, l'Agence régionale de santé Pays de la Loire apporte son soutien à la formation des infirmiers salariés en exercice coordonné et étant inscrits dans les universités agréées, pour la rentrée universitaire 2025

Dépôt des dossiers du 1er avril au 30 mai 2025.

### Structure bénéficiaire du financement

#### Nom de la structure

Libellé complet

#### Statut juridique

#### Numéro et nom de la voie

#### Complément voie

#### Code postal

#### Commune

**Nom du coordinateur de la structure**

**Prénom du coordinateur de la structure**

**Courriel**

**Téléphone**

**Le référent dossier sera l'interlocuteur principal de l'ARS**

**Nom du référent dossier**

**Prénom du référent dossier**

**Fonction du référent dossier**

**Courriel**

**Téléphone**

**Si la candidature est retenue, les informations suivantes seront utilisées dans le cadre de la convention de subventionnement**

**Nom du signataire de la convention**

**Prénom du signataire de la convention**

**Fonction du signataire de la convention**

**Courriel**

**Téléphone**

## **Infirmier salarié**

Vous devrez remplir autant de blocs "Infirmier salarié " que vous avez d'infirmiers concernés par ce dossier . Pour cela une fois que vous aurez renseigné toutes les données d'un(e) infirmier(e), cliquer sur "+ Ajouter un élément pour ' Infirmier salarié ou libéral ' "

**Nom****Prénom****Date de naissance****Courriel****Téléphone****Date du diplôme IDE****Numéro RPPS****Numéro d'inscription à l'Ordre National des Infirmiers**

## Candidature au master IPA

**Université (Pour information, avant le dépôt de cette candidature, il est nécessaire d'avoir candidaté au préalable à la formation IPA dans une université agréée)**

**Région de l'université****Université choisie**

Nom/ville

**Candidature pour une formation en**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

 1 ere année 2 eme année**Souhait de mention en 2e année**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

 Pathologies chroniques stabilisées Oncologie et hématologie Néphrologie, dialyse et transplantation rénale Santé mentale et psychiatrie Urgences

**Budget prévisionnel**

étude des coûts liés à la formation du salarié

|  |
|--|
|  |
|--|

## Liste des pièces justificatives à déposer

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

1. Curriculum Vitae

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

2. Engagement du candidat

Courrier d'engagement du candidat à exercer pendant deux ans en région des Pays de la Loire à l'issue de la formation

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

3. Projet professionnel

Courrier indiquant que le projet professionnel du candidat s'intègre à un projet porté par l'équipe de soins primaires, notamment les médecins du territoire

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

4. Justificatif de candidature au master IPA

Justificatif de l'inscription de l'infirmier dans une université agréée délivrant le diplôme d'infirmier en pratique avancée

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

5. Attestation d'inscription à l'ordre national Infirmier

Document attestant du numéro d'inscription à l'Ordre national des infirmiers, ou justificatif d'une demande d'inscription à l'Ordre infirmier

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

6. Copie du diplôme d'infirmier

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

7. RIB daté, signé et certifié conforme à l'original

Relevé d'identité bancaire (RIB) de la structure à laquelle le financement est attribué

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

8. Attestation admission dans la formation

Attestation d'admission et/ou certificat de scolarité dans la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée conférant le grade de master, fourni par l'université

NB : Ce document pourra être adressé ultérieurement à l'ARS, dès communication par l'université à l'adresse suivante : ars-pdl-dos-rhs@ars.sante.fr