

Démarche	: CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - Candidature à la commission territoriale d'autorisation d'exercice - PAE dérogatoire outremer - 2024-2030
Organisme	: ARS de Mayotte

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Vous êtes professionnel médical diplômé(e) d'un pays hors UE et vous souhaitez exercer prochainement en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte ou Saint-Pierre et Miquelon ?

Cette plateforme vous permet de déposer votre candidature afin qu'elle soit examinée par la commission territoriale d'autorisation d'exercice de votre spécialité. Le dépôt sur cette plateforme est obligatoire, aucun dossier reçu par mail ou par voie postale ne sera examiné.

Les dossiers seront examinés périodiquement par la commission de spécialité, selon les besoins exprimés par les structures d'accueil. Une sélection sur dossier sera assurée, puis les personnes sélectionnées, seront invitées à une audition en visioconférence.

Les praticiens retenus à l'issue des auditions seront inscrits sur une liste d'aptitude. L'inscription sur la liste d'aptitude ne vaut pas engagement de recrutement, mais seuls les praticiens à diplôme hors union européenne inscrits sur cette liste peuvent être engagés par les établissements recruteurs. Il s'agit de recrutements à durée déterminée pouvant aller jusqu'au 31/12/2030 au maximum.

Les postes susceptibles d'être pourvus par la présente procédure sont situés en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte ou Saint-Pierre et Miquelon.

Retrouvez la liste de ces postes(\*) via les liens suivants :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042357423>  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043776568>  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046704631>  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046865913>  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048206824>  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049889255>

(\*) de nouveaux arrêtés peuvent être ajoutés chaque année en fonction des besoins.

La liste d'aptitude publiée à l'issue des sélections sera une liste unique pour tous les territoires.

Aucune installation en libéral n'est autorisée.

Attention, cette procédure n'est pas ouverte aux professionnels paramédicaux.

Préparez bien les pièces pour renseigner votre dossier de candidature, elles doivent être complètes et lisibles.

# CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - Candidature à la commission territoriale d'autorisation d'exercice

Pour tout complément d'information, veuillez consulter les sites de nos ARS.

## Profession et spécialité

Confirmez-vous que vous êtes médecin, et que vous êtes titulaire d'un diplôme d'études spécialisées (D.E.S.) en Chirurgie maxillo-faciale ?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Votre état civil

### Titre de civilité

Mme

M.

### Nom de famille

### Prénom(s)

### Date de naissance

### Ville de naissance

### Pays de naissance

### Nationalité

## Coordonnées

### Adresse de résidence actuelle

Numéro et nom de rue, code postal et ville

### Pays de résidence actuelle

### Téléphone

exemple: +33 601020304

### courriel (email)

## Diplôme de Docteur en médecine

### Intitulé du diplôme

exemple: diplôme de Docteur en médecine

### Date d'obtention du diplôme

### Pays d'obtention du diplôme

### Université qui a délivré le diplôme

## Votre diplôme de spécialisation

### Diplôme de spécialisation permettant l'exercice de votre profession dans le pays qui a délivré le diplôme

=> Les Attestations de Formation spécialisée et les Attestations de Formation Spécialisées Approfondies (AFS/AFSA – DFMS/DFMSA) ne sont pas considérés comme étant des diplômes de spécialisation. Il s'agit de formations théoriques continues.

=> Si vous avez obtenu un Diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS) en France, celui-ci n'est pas considéré comme un diplôme de spécialisation vous permettant d'intégrer les procédures de demande d'AE. A l'époque celui-ci était ouvert aux médecins étrangers qui s'engageaient ensuite à rejoindre leur pays d'origine

### Vous êtes titulaire du diplôme de spécialisation en Chirurgie maxillo-faciale ? (ou stomatologie)

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Intitulé du diplôme de spécialisation (D.E.S)

### Date d'obtention du diplôme de spécialisation

### Pays d'obtention du diplôme de spécialisation

### Université qui a délivré le diplôme de spécialisation

### Quelles sont vos sur-spécialités ?

Veuillez indiquer votre ou vos surspécialités dans la spécialité (formation(s) complémentaire(s) avéré(es)).

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Aucune

# CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - Candidature à la commission territoriale d'autorisation d'exercice

- Chirurgie des glandes salivaires
- Chirurgie implantaire et pré-implantaire
- Chirurgie orthognathique
- Chirurgie plastique et reconstructrice
- Pathologie maxillo-faciale
- Traumatologie maxillo-faciale
- \_Autre(s)

Veuillez préciser (\_Autre(s) )

## Autres diplômes (DFMS/DFMSA/DU/DIU)

Veuillez renseigner tous les autres diplômes justifiant de votre formation complémentaire

**Année, Intitulé du diplôme supplémentaire détenu et université qui a délivré le diplôme**  
**Nouveau champ**

**Nouveau champ**

**Nouveau champ**

## Votre exercice professionnel

**Avez-vous exercé la Chirurgie maxillo-faciale de plein exercice en milieu hospitalier ?**

Nota: de "plein exercice" signifie en tant que séniior . La période d'internat n'est pas pris en compte.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Si oui, pendant combien d'années ?**

**Dans quel pays (expérience la plus longue) ?**

**Pendant combien d'années dans ce pays?**

**Avez-vous déjà exercé en Europe (hors France) ?**

Cochez la mention applicable

Oui

# CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - Candidature à la commission territoriale d'autorisation d'exercice

Non

Si oui, dans quel pays ?

Si oui, pendant combien d'années ?

Avez-vous déjà exercé en France (Outre-mer inclus) ?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Si oui, dans quelle ville ?

Si oui, pendant combien d'années ?

Quel est votre fonction actuelle ?

Fonction exercée

Lieu d'exercice (nom de l'établissement, cabinet...)

Pays d'exercice

Depuis le

Fonction exercée

Lieu d'exercice (nom de l'établissement, cabinet...)

Pays d'exercice

Depuis le

Fonction exercée

Lieu d'exercice (nom de l'établissement, cabinet...)

# CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - Candidature à la commission territoriale d'autorisation d'exercice

Pays d'exercice

Depuis le

## Projet professionnel

Veuillez décrire votre projet professionnel à la commission territoriale en quelques lignes.

Quelles étaient vos fonctions précédentes ?

Fonction exercée

Lieu d'exercice (nom de l'établissement, cabinet...)

Pays d'exercice

Date de début

Date de fin

Fonction exercée

Lieu d'exercice (nom de l'établissement, cabinet...)

Pays d'exercice

Date de début

Date de fin

Fonction exercée

Lieu d'exercice (nom de l'établissement, cabinet...)

Pays d'exercice

**Date de début**

**Date de fin**

## Expérience en recherche

**Avez-vous publié un article scientifique, en tant que premier auteur ?**

Si oui merci de copier ci-dessous le lien vers la ou les publication(s).

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Indiquez le ou les lien(s) vers la ou les publication(s)**

## Préférence d'affectation

**Dans quel(s) territoire(s) souhaiteriez-vous exercer ?**

Vous pouvez sélectionner un ou plusieurs territoires en cochant les cases appropriées.

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Guadeloupe (incluant Saint Martin et Saint Barthélémy)

Guyane

Martinique

Mayotte

Saint-Pierre et Miquelon

**Souhaitez-vous porter à notre connaissance un élément concernant votre/ vos préférence(s) d'affectation?**

## Les pièces justificatives de votre dossier de candidature

**Traduction des pièces justificatives**

Si vos pièces justificatives ne sont pas rédigées en langue française, elles doivent être accompagnées d'une traduction établie par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou de la Confédération helvétique.

Si vous résidez dans un Etat tiers, vous pouvez obtenir une traduction certifiée par les autorités consulaires françaises.

# CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - Candidature à la commission territoriale d'autorisation d'exercice

## FORMAT des pièces justificatives

### ATTENTION

Afin d'assurer un traitement efficace de votre demande, nous vous prions de nous fournir l'ensemble des documents justificatifs au format PDF.

Les fichiers image (JPEG, PNG, etc.) ou les captures d'écran ne seront pas pris en compte.

Vous pouvez utiliser Adobe Acrobat, PDFCreator ou un scanner connecté à votre ordinateur pour créer des fichiers PDF.

#### 1. Votre pièce d'identité

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

- Carte nationale d'identité (recto-verso) ou passeport

(format PDF inférieur à 2Mo)

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

- Carte nationale d'identité (recto-verso) ou passeport

(format PDF inférieur à 2Mo)

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

- Carte nationale d'identité (recto-verso) ou passeport

(format PDF inférieur à 2Mo)

#### 2. Votre curriculum vitae détaillé et à jour

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

- CV

(format PDF inférieur à 2Mo)

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

- CV

(format PDF inférieur à 2Mo)

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

- CV

(format PDF inférieur à 2Mo)

#### 3. Vos diplômes

Merci de télécharger une copie des diplômes, certificats ou titres de formation permettant l'exercice de votre profession dans le pays où vous les avez obtenus, avec le cas échéant la traduction.

Dans la mesure du possible, merci de renommer correctement les documents déposés.

Veuillez également télécharger une copie du titre de formation de spécialiste et, le cas échéant, une copie des diplômes complémentaires (format PDF inférieur à 2Mo).

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

- Votre diplôme de Docteur en médecine

# CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - Candidature à la commission territoriale d'autorisation d'exercice

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Traduction du diplôme de Docteur en médecine

Le cas échéant

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre diplôme de spécialisation (D.E.S.) vous permettant d'exercer la spécialité dans le pays d'obtention

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Traduction de votre diplôme de spécialisation (D.E.S.)

Le cas échéant

## Autres diplômes (DFMS/DFMSA/DU/DIU)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Diplôme complémentaire

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Diplôme complémentaire

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Diplôme complémentaire

## 4. Attestation d'inscription à l'Ordre

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Attestation d'inscription à l'Ordre datant de moins de 12 mois

(format PDF inférieur à 2Mo)

Nota: Si vous n'avez jamais travaillé dans le pays dont est issue votre spécialisation, merci de fournir une attestation sur l'honneur de n'avoir jamais travaillé dans ce pays.

Nota bis : En cas d'impossibilité de fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datant de moins de 12 mois, vous pouvez transmettre une attestation d'honorabilité.

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Attestation d'inscription à l'Ordre datant de moins de 12 mois

(format PDF inférieur à 2Mo)

Nota: Si vous n'avez jamais travaillé dans le pays dont est issue votre spécialisation, merci de fournir une attestation sur l'honneur de n'avoir jamais travaillé dans ce pays.

Nota bis : En cas d'impossibilité de fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datant de moins de 12 mois, vous pouvez transmettre une attestation d'honorabilité.

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Attestation d'inscription à l'Ordre datant de moins de 12 mois

(format PDF inférieur à 2Mo)

Nota: Si vous n'avez jamais travaillé dans le pays dont est issue votre spécialisation, merci de fournir une attestation sur l'honneur de n'avoir jamais travaillé dans ce pays.

Nota bis : En cas d'impossibilité de fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datant de moins de 12 mois, vous pouvez transmettre une attestation d'honorabilité.

# CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE - Candidature à la commission territoriale d'autorisation d'exercice

## Absence de sanction

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir fait l'objet de sanction disciplinaire ou professionnelle au cours des 5 dernières années.

Cochez la mention applicable

 Oui Non

## 5. Lettres de recommandation

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

 Lettres de recommandation

(format PDF inférieur à 2Mo)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

 Lettres de recommandation

(format PDF inférieur à 2Mo)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

 Lettres de recommandation

(format PDF inférieur à 2Mo)

## 6. Pièces complémentaires (facultatif)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

 Pièces complémentaires

(format PDF inférieur à 2Mo)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

 Pièces complémentaires

(format PDF inférieur à 2Mo)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

 Pièces complémentaires

(format PDF inférieur à 2Mo)

## Attention : veillez à la complétude de votre dossier.

Seuls les dossiers complets seront examinés.

Veillez à renseigner tous les champs obligatoires et de déposer toutes les pièces justificatives demandées.

## Engagement

J'atteste que les informations et les documents justificatifs fournis dans ma candidature sont véridiques et corrects et que je soumets cette candidature en mon nom.

J'autorise aux ARS des outre-mer à transmettre les informations aux partenaires impliqués dans le processus de recrutement.

Cochez la mention applicable

 Oui Non

