

Démarche : Demande d'indemnisation des frais d'hébergement dans le cadre d'un stage ambulatoire dans les cabinets libéraux du département de la Mayenne

Organisme : Direction de l'Autonomie - Mission Santé de Proximité

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Objet :

Le dispositif d'indemnisation des stagiaires de 3ème cycle accueillis en cabinets libéraux du département.

Les frais engendrés par l'éloignement des facultés de médecine ou d'odontologie, d'ANGERS comme de RENNES, où les étudiants en fin de formation (internes ou stagiaires actifs) doivent se rendre régulièrement, et la diversité des lieux de travail pendant le stage constituent un facteur dissuasif au détriment de l'attractivité de la Mayenne.

Aussi, le Département de la Mayenne a confirmé sa mobilisation, aux côtés de tous les acteurs concernés par la démographie médicale, pour mettre en place des moyens permettant l'accueil de professionnels de santé.

À cet effet, il a notamment été adopté le principe du versement d'une indemnité de 300 € mensuelle, pendant un semestre, aux internes de médecine et aux étudiants en odontologie (dans le cadre de leur stage « actif »), effectuant l'intégralité de leur stage chez les praticiens libéraux du département.

Le demandeur

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom de naissance

Nom marital

(si besoin)

Prénom

Demande d'indemnisation des frais d'hébergement dans le cadre d'un stage ambulatoire dans le

Date de naissance

Vous êtes né en France ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Lieu de naissance

Pays

Sélectionnez le pays dans la liste

Adresse de correspondance

Je suis interne en :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Médecine

☐ Odontologie

Modalités de réalisation du stage ambulatoire

Type de stage réalisé :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Praticien

☐ SASPAS

☐ SAFE

☐ Stage actif

Veuillez indiquer les lieux de réalisation du stage

Lieu de stage 1 :

Nom du médecin (1)

Commune d'exercice (1)

Lieu de stage 2 :

Nom du médecin (2)

Commune d'exercice (2)

Lieu de stage 3 :

Nom du médecin (3)

Commune d'exercice (3)

Engagement

J'atteste sur l'honneur m'engager à réaliser l'intégralité de mon semestre de stage chez les praticiens sus-cités :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage également dans le cadre du stage chez le praticien

à suivre les cours du "module B" au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Mayenne, certains jeudis après-midi, conformément au planning édité par le secrétariat de l'Université de Médecine d'Angers

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

à réaliser les stages "hors-cabinet" dans des structures mayennaises.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Coordonnées bancaires

Veuillez indiquer l'IBAN

Vous trouverez cette information sur votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

L'IBAN est composé de 27 caractères commençant par FR.

Veuillez indiquer le code BIC inscrit sur votre RIB

Vous trouverez cette information sur votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB).

Le BIC est composé de 8 à 11 caractères.

Pièces jointes

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Relevé d'identité bancaire ou postal de l'étudiant

Les pièces jointes RIB doivent :

- Etre au seul format PDF, tout autre format est à proscrire
- Etre lisible, au format officiel de banque et ne pas « être de travers »
- Comporter expressément le logo et l'identification de la banque
- Comporter les mentions réglementaires obligatoires : l'IBAN complet ainsi que le nom et l'adresse du titulaire.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Convention de stage pour les dentistes

Protection des données à caractère personnel

Le responsable du traitement est :

Monsieur le Président du Conseil départemental
39 rue Mazagran – CS 21429
53014 Laval CEDEX

Les données à caractère personnel collectées à l'occasion du présent téléservice font l'objet d'un traitement ayant pour finalité l'instruction et le versement des aides financières délivrées par le Département dans l'objectif d'inciter les étudiants en médecine et en odontologie à réaliser leurs stages ambulatoires en Mayenne pour encourager une future installation dans le Département.

Les données collectées sont : civilité, nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse postale, spécialité (médecine ou odontologie), lieux de stage, IBAN, convention de stage (pour les étudiants en odontologie).

Ce traitement est fondé sur le consentement de l'utilisateur, manifesté lors de la demande d'aide.

Ces données sont destinées aux services compétents pour l'instruction des dossiers (mission santé de proximité et service ressources et coordination de la direction de l'autonomie, secrétariat général de l'assemblée départementale, direction des finances, paierie départementale) ainsi qu'aux élus du conseil départemental (décisions d'attribution des aides).

La durée de conservation des données dans la base active est limitée à :

- 12 mois maximum sur démarches simplifiées à compter de la dernière action d'instruction du dossier.
 - 3 ans après le diplôme s'agissant du nom, prénom et du lieu de stage afin d'effectuer un suivi professionnel sur le serveur informatique du Département
 - 6 mois à compter de la date de passage devant la commission permanente s'agissant de l'IBAN, de la date et du lieu de naissance.
- Les données récupérées seront ensuite archivées selon les dispositions légales applicables.

Vous avez la possibilité, en saisissant le délégué à la protection des données (protectiondesdonnees@lamayenne.fr) :

- D'accéder aux données vous concernant,
- De demander leur effacement ou leur limitation,
- De bénéficier de la portabilité de vos données,

Demande d'indemnisation des frais d'hébergement dans le cadre d'un stage ambulatoire dans le

- De retirer votre consentement à tout moment,

dans les conditions fixées aux articles 13 et 21.1 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27/04/2016 (dit RGPD).

En cas de difficulté persistante, vous pouvez saisir directement la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/agir>).