**POSTE MEDECIN GENERALISTE PARTAGE VILLE/HOPITAL**

**DANS LES TERRITOIRES PRIORITAIRES**

**Trame générale pour publication d’annonces de postes sur la plateforme d’offres d’emploi** [**RemplaFrance**](https://remplafrance.com/400medecins)

**Durée contrat :** du 01/11/2019 au 31/10/2021

**Profil Candidat :**

-Médecin généraliste en post-internat (dans la période de 4 ans après l’obtention du DES)

-Médecin généraliste en fin de 3ème cycle inscrit à l’Ordre au 01/11/2019

-Eligibilité des signataires CESP à ce type de poste

**Statut en établissement de santé public :**

-Praticien Hospitalier Contractuel, 2nd échelon

**Statut en structure de soins de ville :**

□ Salarié

□ Libéral

**Nom Etablissement de santé : ……………………………………………………………………………………….**

□ Public

□ Privé

**Nom Structure de soins de ville : ……………………………………………………………………………………….**

□ Centre de santé

□ Maison de santé pluridisciplinaire

□ Cabinet libéral

**Structure de soins de ville située en zone déficitaire : ……………………………………………….**

□ ZIP

□ ZAC

□ QPV

**Projet médical partagé :**

*Rappel objectifs du dispositif :*

*-renforcement liens ville/hôpital*

*-contribution à la coopération médicale territoriale*

*-attractivité de la mixité d’exercice*

*-contribution à la formation post-internat du jeune médecin*

**Descriptif : ………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Quotités de travail :**

□ 40%

□ 50%

□ 60%

**Jours travaillés** *(champ obligatoire RemplaFrance)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
| Matin |  |  |  |  |  |  |  |
| Après-midi |  |  |  |  |  |  |  |

**Gardes** *(champ obligatoire RemplaFrance)*

□ Sur place

□ Astreinte

□ Aucune garde

**Visites à domicile** *(champ obligatoire RemplaFrance)*

□ Oui

□ Non

**Participation à la PDSA**

□ Oui

□ Non

**Description de l’équipe de chaque structure (établissement de santé et structure de soins de ville) participant au projet**

**Descriptif : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Equipement en structure de soins de ville**

**Descriptif : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Véhicule nécessaire** *(champ obligatoire RemplaFrance)*

□ Oui

□ Non

**Contacts**

Mail :

Tél. :