

CONTRAT D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC

Année universitaire 2024-2025

1. État civil et coordonnées du candidat :

Numéro INE :

Nom :

Nom d'épouse :

Prénom :

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone (1) :

Téléphone (2) :

Courriel :

2. Niveau de formation à la rentrée universitaire 2024-2025

Cocher la case qui se rapporte à votre situation

Cas n°1 : Vous êtes étudiant de 2^{ème} cycle des études de médecine

Année première inscription à UPCité :

Année d'obtention du concours de 1^{ère} année :

Rang de classement au concours :

Au titre de cette année universitaire, vous êtes inscrit en :

DFASM1 (4^{ème} année)

DFASM2 (5^{ème} année)

DFASM3 (6^{ème} année)

Cas n°2 : Vous êtes étudiant de 3^{ème} cycle des études de médecine :

Année d'obtention des examens nationaux :

Rang de classement aux ECN :

Subdivision d'origine :

Subdivision d'affectation :

DES d'inscription :

Nombre de semestres déjà effectués :

3. Autres renseignements

Avez-vous déjà postulé au CESP ?

Oui Non

Si oui en quelle année

Vous candidatez au titre de :

Med Ge

Psychiatrie

Autres (précisez)

Êtes-vous boursier ?

Oui Non

Travaillez-vous à côté de vos études ?

Oui Non

Êtes-vous chargé(e) de famille ?

Oui Non

Etes-vous marié ou Pacsé ?

Oui Non

Si oui le conjoint est-il boursier ? Oui Non

Si vous avez charge de famille, Nombre d'enfants :

Age des enfants :

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Enfant 4

Elevez-vous seul(e) vos enfants ?

Oui Non

Lettre de motivation (Indiquez ici les éléments motivant votre demande et utile au jury pour évaluer votre demande (Situation personnelle familiale, projet professionnel, spécialité visée, zone et type d'installation, et toute autre considération que vous jugeriez utile)

Merci de joindre à ce formulaire dûment rempli

- La copie d'une pièce d'identité
- Le relevé de notes des deux dernières années

L'ensemble du dossier de candidature doit être remis au service de la scolarité de votre UFR d'inscription avant le **vendredi 6 décembre 2024**.

Fait à _____, le / /20____
Signature du candidat

**Pour de plus amples informations : vous pouvez contacter le référent ARS de votre région
dont vous trouverez les coordonnées sur le site**

<http://www.sante.gouv.fr/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp.html>