

## Le contrat de Début d'Exercice Formulaire type pour les dépôts de candidature

---

### État civil et coordonnées du candidat :

Prénom :	Nationalité :
Nom :	Lieu de naissance :
Date de naissance :	Téléphone :
Adresse :	Courriel :
Code Postal :	N° RPPS :
	N° inscription à l'Ordre :

---

**Peuvent se porter candidats les médecins qui se trouvent dans les cas suivants :**

*Merci de cocher la case qui correspond à votre situation*

**Vous êtes médecin généraliste installé depuis moins d'un an**

**(La date d'installation s'entend comme la date de 1<sup>ère</sup> inscription sur le tableau du conseil départemental de l'Ordre des médecins de votre résidence professionnelle en tant que médecin installé)**

Date de l'inscription à l'Ordre :

Lieu d'exercice n°1 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°2 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°3 : nb ½ journée(s) par semaine :

**Vous êtes médecin d'une autre spécialité installé depuis moins d'un an**

**(La date d'installation s'entend comme la date de 1<sup>ère</sup> inscription sur le tableau du conseil départemental de l'Ordre des médecins de votre résidence professionnelle en tant que médecin installé)**

Date de l'inscription à l'Ordre :

Lieu d'exercice n°1 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°2 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°3 : nb ½ journée(s) par semaine :

**Vous êtes médecin généraliste collaborateur depuis moins d'un an**

**(La date d'installation s'entend comme la date de 1<sup>ère</sup> inscription sur le tableau du conseil départemental de l'Ordre des médecins de votre résidence professionnelle en tant que médecin installé)**

Date de l'inscription à l'Ordre :

Lieu d'exercice n°1 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°2 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°3 : nb ½ journée(s) par semaine :

**Vous êtes médecin d'une autre spécialité collaborateur depuis moins d'un an**

**(La date d'installation s'entend comme la date de 1<sup>ère</sup> inscription sur le tableau du conseil départemental de l'Ordre des médecins de votre résidence professionnelle en tant que médecin installé)**

Date de l'inscription à l'Ordre :

Lieu d'exercice n°1 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°2 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°3 : nb ½ journée(s) par semaine :

**Vous êtes médecin remplaçant inscrit au tableau de l'Ordre ou étudiant répondant aux critères définis par l'article L.4131-2 du Code de la Santé Publique (fournir une licence de remplacement en cours de validité)**

**Remplaçant**

**Autre situation (précisez) :**

Date de l'inscription à l'Ordre :

Lieu d'exercice n°1 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°2 : nb ½ journée(s) par semaine :

Lieu d'exercice n°3 : nb ½ journée(s) par semaine :

## Motivations et situation professionnelle

*Explicitez ici votre situation et votre projet professionnel :*

- *Modalités d'exercice (exercice isolé, exercice coordonné, exercice de groupe...)*
- *Temps de travail envisagé (nombre de demi-journées travaillées)*

*Et indiquez les éléments qui motivent votre candidature (complément de revenu, avantages sociaux, accompagnement dans le choix du lieu d'exercice...)*

---

L'ensemble du dossier de candidature doit être remis à l'ARS :

Direction de l'Offre de Soins  
Offre de Soins Ambulatoire  
66 avenue des Flamboyants  
CS 40696  
97336 CAYENNE CEDEX

Ou par mail :

[sabine.trebaol@ars.sante.fr](mailto:sabine.trebaol@ars.sante.fr)

Un accusé réception vous sera transmis.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature du candidat :