

# FICHE DE FIXATION DE L'ANCIENNETE POUR LE CALCUL DE LA REMUNERATION

## POUR LES NOMMES APRES CONCOURS

NOM DE NAISSANCE... :	DISCIPLINE .....
NOM D'USAGE..... :	Spécialité .....
Prénom .....	Etablissement d'affectation..:
	Statut (plein temps ou temps partiel):

**1) - Durée légale du service national et des services militaires obligatoires (en France ou dans l'Union européenne)**

DU : .... / .... / ....	AU : .... / .... / ....
-------------------------	-------------------------

**2) – Services hospitaliers accomplis à l'étranger en application d'un CONTRAT de COOPERATION :**

DU : .... / .... / ....	AU : .... / .... / ....
-------------------------	-------------------------

**3) – Durée des fonctions de même nature que les fonctions de praticien hospitalier effectuées antérieurement à votre nomination en cette qualité et présentant un intérêt pour le service public hospitalier, en France, sous réserve de justifier avoir accompli celles-ci en détenant les titres, diplômes ou autorisations exigés en France pour l'exercice de leur profession :**

**a) – Durée des fonctions exercées dans les ETABLISSEMENTS ou ORGANISMES FRANÇAIS de TRANSFUSION SANGUINE :**

Etablissement(s) : .....	DU : .... / .... / ....	AU : .... / .... / ....	
.....	Jour / Mois / An	Jour / Mois / An	
Indiquez la quotité de travail hebdomadaire : .....			

**b) -Durée des fonctions exercées en qualité de CHERCHEUR :**

LIEU	DU Jour / Mois / An	AU Jour / mois / An
CNRS, INSERM, Institut Pasteur	.... / .... / ....	.... / .... / ....
Autre à préciser :	.... / .... / ....	.... / .... / ....

**c) – Durée des fonctions exercées en qualité de médecin ou de pharmacien :**

LIEU	DU Jour / Mois / An	AU Jour / mois / An
Centre de lutte contre le cancer	.... / .... / ....	.... / .... / ....
Centre d'étude et de conservation de sperme humain	.... / .... / ....	.... / .... / ....
Centre régional d'étude de biologie prénatale	.... / .... / ....	.... / .... / ....

**d) – Durée des fonctions exercées en qualité de médecin ou chirurgien-dentiste des services médicaux de l'Administration pénitentiaire :**

DU : .... / .... / ....	AU : .... / .... / ....
-------------------------	-------------------------





**m) – Services médicaux équivalents accomplis (à l'exclusion du service national) dans un pays de l'Union européenne autre que la France par les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Suisse (vous reporter au B du II – Classement dans la carrière et rémunération) :**

- Date d'obtention du diplôme, certificat ou autre titre de médecin : .... / .... / ....
- Date d'obtention du diplôme, certificat ou autre titre de médecin spécialiste : .... / .... / ....
- Dates de la formation à la spécialité exercée :       du .... / .... / .... au .... / .... / ....  
  du .... / .... / .... au .... / .... / ....  
  du .... / .... / .... au .... / .... / ....

Joindre **obligatoirement** les attestations de conformité à la directive 93/16/CEE établie par l'autorité compétente du pays qui a délivré le diplôme.

Pour la formation et les services équivalents accomplis, précisez s'il s'agit de temps plein et/ou de temps partiel et dans ce dernier cas, la quotité.

<b>Nature professionnelle des services médicaux équivalents accomplis</b>	<b>DU Jour / mois / an</b>	<b>DU Jour / mois / an</b>
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
Observations éventuelles sur le déroulement des services susmentionnés:		

n) - Fonctions accomplies après le doctorat en cabinet libéral (par les médecins et les chirurgiens-dentistes diplômés), en officine (par les pharmaciens diplômés) ou en laboratoire d'analyses médicales, en France ou dans un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, prises en compte à compter de la date d'installation, dans la limite de vingt années, aux 2/3 pour les douze premières années et pour 1/3 pour les huit années suivantes:

Nature professionnelle des services médicaux équivalents accomplis	DU Jour / Mois / An	AU Jour / mois / An
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
Observations éventuelles sur le déroulement des services susmentionnés:		

o) – Autres fonctions de même nature que celles définies au 3) :

Nature professionnelle des services médicaux équivalents accomplis	DU Jour / Mois / An	AU Jour / mois / An
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
	.... / .... / ....	.... / .... / ....
Observations éventuelles sur le déroulement des services susmentionnés:		