# CONCOURS NATIONAL DE PRATICIEN DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE (CNPH)

**DOSSIER PARCOURS ET PROJET PROFESSIONNEL**

**Première partie parcours professionnel**

1. **Les diplômes, certificats, titres ou équivalents** p.2

(Dont l’attestation d’inscription à l’ordre national de la profession)

1. **Activités hospitalières** p.3 à 4

( pour les docteurs Juniors et les médecins diplômés depuis

moins de deux ans, merci de renseigner les stages effectués

pendant l’internat)

1. **Activités libérales** p.5
2. **Activités extra-hospitalières** p.6
3. **Activités de formation** p.7
4. **Activités d’enseignement** p.8
5. **Travaux scientifiques** p.9
6. **Lettres de recommandation** p**.**10
7. **Pièces justificatives** p.11

**Deuxième partie Projet professionnel**

**Exposé du projet professionnel** p.12

**Les diplômes, certificats, titres ou équivalents**

(Dont l’attestation d’inscription à l’ordre national de la profession)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diplômes** | **Intitulés** | **Année** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Activités hospitalières**

* + - fonctions actuelles

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| période | Établissement employeur | | | service | Titre |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  | | |  |  |
|  | |  |  |  | |

* + - fonctions antérieures

(Pour les docteurs Juniors et les médecins diplômés depuis moins de deux ans, merci de renseigner les stages effectués pendant l’internat)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| période | Établissement employeur | | | **service** | **Titre** |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  | | |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  | | |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  | | |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  | | |  |  |
|  | |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| période | Établissement employeur | **service** | **Titre** |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |

**Activités libérales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| période | nom de l’organisme d’emploi | nom et activité du service d’emploi | Fonction occupée |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |
| De :  à :  si temps partiel, précisez la quotité : |  |  |  |

**Activités extra-hospitalières**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| période | nom de l’organisme d’emploi | Fonctions occupées |
| De :  à : |  |  |
| De :  à : |  |  |
| De :  à : |  |  |
| De :  à : |  |  |
| De :  à : |  |  |
| De :  à : |  |  |

**Activités de formation**

Formations médicales au titre de la formation continue

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Autres formations :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Activités d’enseignement**:

A l’université :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

En établissement :

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Les Travaux scientifiques**

**(Publications, travaux de recherche, communications, participations aux congrès)**

**(Exemple : abstracts)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Lettres de recommandations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du signataire** | **Fonctions** | **Date** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Pièces justificatives**

**Projet Professionnel**

**(Décrire en une page)**

* **Motivations pour se présenter au concours et travailler au sein de l’hôpital public**
* **Parcours envisagé, dans quel environnement (hospitalier / universitaire/ recherche)**