



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE POUR LES ETUDIANTS EN MEDECINE
DOMICILIES SUR LE TERRITOIRE DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES
CAUSSES ET VALLEE DE LA DORDOGNE
ANNEE 2024-2025**

Merci de cocher le type d'aide demandé :

1^{ère} année PASS : Aide financière d'encouragement au suivi d'études en médecine

De la 2^{ème} à la 6^{ème} année : Aide à la mobilité et au logement

Pour l'internat de médecine (7^{ème} à 9^{ème} année), 2 demandes sont possibles :

Bourse d'engagement à l'installation sur le territoire de Cauvaldor pendant 6 ans minimum

Ou

Bourse d'engagement à effectuer 10 à 12 semaines de remplacement par an sur le territoire de Cauvaldor pendant 3 ans

sous réserve de validation, après acceptation des conditions et après fourniture des justificatifs demandés.

I - ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR :

Qualité : Monsieur / Madame (*rayez la mention inutile*)

NOM :

.....

Prénom(s) :

.....

Date et lieu de naissance :

.....

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :



II - SCOLARITE

Diplômes obtenus et dates d'obtention :

.....
.....
.....

Année universitaire pour laquelle l'aide est demandée :

.....

Faculté de médecine fréquentée :

.....

Quelle spécialité envisagez-vous, y compris médecine générale ?

.....

Etes-vous titulaire d'une bourse nationale ou d'un CESP ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

.....
.....

III – JUSTIFICATIFS A FOURNIR :

- Formulaire de demande complété et signé
- Convention complétée et signée
- Copie d'une pièce d'identité
- Curriculum Vitae
- Lettre de motivation
- Justificatif d'inscription à l'université ou certificat de scolarité en cours
- Justificatif d'inscription au tutorat pour les étudiants PASS (1^{ère} année)
- Justificatif de domicile sur le territoire de Cauvaldor (uniquement pour les étudiants de la 1^{ère} à la 6^{ème} année) et copie du livret de famille justifiant le lien de parenté si le justificatif de domicile est au nom des parents
- Copie du Relevé d'Identité Bancaire (RIB)



IMPORTANT

Pour la bonne instruction de votre dossier, nous vous invitons à compléter intégralement ce formulaire et à fournir impérativement les pièces justificatives. Toute demande incomplète ne pourra pas être prise en compte.

Renseignements certifiés exacts :

Fait à : Le :

Signature :

Le dossier complet est à retourner **au plus tard le 18/09/2024 et dès que possible** par mail à : sante@cauvaldor.fr

Traitement des données personnelles

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général (UE) 2016/679 pour la Protection des Données (RGPD), les informations recueillies dans le questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la communauté de communes CAUVALDOR. Indiquer quelle est la finalité, pourquoi vous collectez ces données.

Les données collectées seront communiquées au seul destinataire suivant : CAUVALDOR. Elles sont conservées pendant la durée de la convention.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données en contactant le service ...

Le Délégué à la Protection des Données personnelles de CAUVALDOR est le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Lot (CDG 46, 12 avenue Charles Pillat, 46090 Pradines), que vous pouvez contacter pour tout renseignement supplémentaire : dpd@cdg46.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.