****

**EXTERNE EN PHARMACIE 2024/2025**

######  **INDUSTRIE : 5 mois temps plein du 02/09/2024 au 05/02/2025**

######  **OFFICINE : 6 mois temps plein du 03/02/2025 au 31/07/2025**

######  **PHBMR : 6 mois temps plein du 01/04/2025 au 30/09/2025**

###### **APHP :**

######  Bicêtre Antoine-Béclère Paul-Brousse

######  R Poincaré Sainte Perrine

###### **Etablissement hors APHP :** ……………………………………………………………………….

######

###### **Service de** : **PHARMACIE**.

Avez-vous déjà travaillé sur un établissement de l’AP-HP comme externe ? Oui Non

Si vous le connaissez, merci d’indiquer votre **identifiant APHP** (7 chiffres) : ………………………….………

ETAT CIVIL

Nom patronymique : ……………………………… Nom marital : …………………………

Prénom : …………………………………………………………………………..……………………

Date et lieu de naissance : ……………..…………… Nationalité : ……………………………

Nationalité d’origine : ……………………………… Date de naturalisation : ……………………

(joindre copie de l’acte de naturalisation)

N° de sécurité sociale : ………………………………………… Mutuelle :…………………

(joindre copie de la carte vitale et de la carte de mutuelle)

ADRESSE

N°……………. Rue : ….…………………………………………………………………………….

Localité : …………………………………………… Code postal : …………..…

Tel. fixe  : … . … . … . … . … Tel. portable : … . … . … . … . …

Courriel : ….……………………………………………………………………………………………….

SITUATION DE FAMILLE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Marié | PACS | Divorce | Célibataire | Union libre |

Nom patronymique et Prénom du conjoint : ……………………………………

 Ne travaille pas à l’AP-HP

 Travaille à l’AP-HP : Site : …………..… Fonction : ……………………

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’URGENCE

Nom prénom : …………………………………………………………………………………………

N° de téléphone : ………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
|   **Merci de joindre impérativement à cette fiche** : * un RIB
* la copie de votre carte vitale + copie de l’attestation
* la copie de la carte de mutuelle
* la charte de confidentialité signée (page suivante)
* la copie du livret de famille si mariage ou enfants à charge
* le formulaire de choix pour la prise en charge des frais de transports

*Toute modification des informations au cours de l’année devra être signalée au Bureau du Personnel Médical des Hôpitaux universitaires Paris-Saclay* |

|  |
| --- |
| *Nb : Si vous êtes amené(e) à effectuer des gardes sur un site hors AP-HP, veuillez-vous rapprocher du Bureau du Personnel Médical du site concerné afin d’effectuer les démarches nécessaires* |

Date : Signature :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | logo APHP  **Charte pour l’utilisation des** **ressources informatiques** |  |
|  |

Cette charte précise la responsabilité des utilisateurs afin d'assurer un usage correct des ressources informatiques et des services Internet en relation avec des données du patient.

En accord avec la législation et dans le respect absolu du secret professionnel, l’accès et l’utilisation des données du patient sont accessibles aux seules personnes chargées de la prise en charge du patient et autorisées à cette fin, dans un but strictement professionnel.

**L'utilisation des ressources informatiques, l'usage des services Internet et l’accès du réseau ne sont autorisés qu’après signature de la présente charte informatique.**

**Règles d’utilisation, de sécurité et de bon usage**

Tout utilisateur est responsable de l’usage qu’il fait des ressources informatiques des UPS à partir des comptes qui lui ont été ouverts ou des matériels mis à sa disposition et contribue, de ce fait, à la sécurité du système d’information.

Il a aussi la charge, à son niveau, de contribuer au respect de la confidentialité des données du patient. Il doit :

* appliquer les recommandations de sécurité et de bon usage des moyens auxquels il a accès.
* choisir des mots de passe sûrs et les garder secrets.
* utiliser les comptes pour lesquels il a reçu une information et s’abstenir de toute tentative de s’approprier ou de déchiffrer le mot de passe d’un autre utilisateur.
* s’engager à ne pas mettre à la disposition d’utilisateurs non autorisés un accès aux systèmes et matériels dont il a l’usage.
* ne pas quitter son poste de travail en laissant accès à des informations protégées et sans avoir quitté sa session des logiciels contenant des informations relatives à des patients.

**Respect du secret medical**

Tout utilisateur s’engage à :

* ne pas divulguer d’information médicale à des tiers non concernés par la prise en charge du patient concerné.
* ne pas chercher à accéder à des informations concernant des patients dont il n’a pas à assurer la prise en charge.

**conditions de confidentialite**

Si, dans l’accomplissement de son travail, l’utilisateur est amené à créer des fichiers tombant sous le coup de la loi informatique et libertés, il devra auparavant en avoir fait la demande à la CNIL, en concertation avec le directeur de l’hôpital et en avoir reçu l’autorisation. Il est rappelé que cette autorisation n’est valable que pour le traitement défini et non pour le fichier lui-même.

**Sanctions**

Le non-respect de ces obligations est passible de sanctions, la Direction a le droit :

* d’interdire temporairement ou définitivement l’accès aux ressources informatiques à un utilisateur qui ne respecte la présente charte.
* de saisir l’autorité hiérarchique des manquements graves résultant du non-respect de cette charte.

L’article 226-13 du code pénal prévoit que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15.000 euros d'amende ». Par ailleurs, le non-respect du secret médical peut entraîner l’engagement d’une procédure disciplinaire.

|  |
| --- |
| **Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………………** *Nom, Prénom***Service …………………………………………………………… SITE : ………………………**Atteste avoir pris connaissance de la charte pour l’utilisation des ressources informatiques et des services internet de l’APHP et en accepte les règles et conditions d’utilisation.**Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ Signature :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etudiant hospitalier - Pharmacie** | Période de stage du (JJ/MM/AAAA)au (JJ/MM/AAAA) |
| Nom patronymique : …………………………………………………. Nom usuel : ………………………………………………….Prénom : ………………………………………………………….. Code APH (obligatoire) : …………………………………. |
| Adresse du domicile : Adresse du stage : Si 2 terrains de stage, adresse du stage n°2 :  |

**[ ]  Option ➊ : Je souhaite bénéficier de la prise en charge partielle du prix des titres de transport en application des dispositions de l’article 5 de la loi n°82-684 du 4 août 1982.**

Déclaration de prise en charge des frais de transport

*Pièces à fournir pour la prise en charge partielle du prix des titres de transport* :

* la photocopie de votre carte intégrale et le justificatif de votre abonnement annuel, de votre carte mensuelle et le(s) justificatif(s) de paiement de la période concernée, de votre abonnement annuel Vélib, ou de votre carte imagine « R » avec le justificatif de votre abonnement annuel.

|  |  |
| --- | --- |
| ➊ **Itinéraire**  | **Type abonnement et nombre de zone (2)** |
| **Départ** *(gare, station)* | **Arrivée** *(gare, station)* | **Type de transport (1)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(1) : préciser : SNCF grandes lignes / SNCF banlieue / RATP métro / RATP RER SNCF / Autobus RATP / Autobus APTR / Véhicule personnel / Autres

(2) : hebdomadaire, mensuel, annuel

**[ ]  Option ➋ : Je souhaite bénéficier de l’indemnité forfaitaire de transport en application du décret du 11/03/2014**

**Condition :** [ ]  Je suis en stage hospitalier dans un établissement à plus de 15 km de l’UFR Paris Saclay **ET** plus de 15 km de mon domicile.

***Sites concernés : Longjumeau, Sud Francilien, Orsay, Melun***

*Pièces à fournir pour le versement de l’indemnitSud gé forfaitaire :*

* la photocopie de votre convention d’accueil chez le praticien avec notion relatif au temps de travail (stage temps plein ou partiel)
* un extrait de l’itinéraire emprunté précisant la distance en km (service d’itinéraire en ligne)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ➋ **Itinéraire (par terrain de stage durant la période concernée)** | **Distance** | **Durée** |
| Si > 15 km | **Stage hors APHP à temps plein** |  |  |
| Domicile ⇨ Lieu de stage | km | h |
| **ET** UFR de rattachement ⇨ Lieu de stage | km | h |

**Je déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements énoncés ci-dessus et m’engage à porter immédiatement à la connaissance de l’administration dont je relève toute modification de ma situation susceptible d’entraîner une révision de mes droits à remboursement partiel du montant de mes frais de transport ou à l’indemnité forfaitaire de transports.**

**En cas de demande de versement d’une indemnité forfaitaire de transport, j’atteste par la présente ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage.**

**Fait à** ………………………………….… **le,** ……………………..  **Signature ::**