



DOSSIER DE DEMANDE
AUPRES DU CONSEIL
DEPARTEMENTAL

**Dispositif d'INDEMNITES DE DEPLACEMENT
pour les étudiants en médecine et odontologie réalisant des
remplacements dans la Manche**

Identité

Nom / Prénom :

Adresse :

.....

Email :

Téléphone :

Faculté de rattachement :

Date prévue du passage de la thèse :

**Je suis intéressé(e) par l'indemnité de déplacement, et souhaite à titre indicatif
réaliser des remplacements dans le/les secteurs de :**

.....

.....

.....

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné(e)
atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments fournis pour recevoir l'indemnité de
déplacement pour les étudiants en médecine et en odontologie.

Je m'engage à faire l'équivalent d'un mi-temps de remplacements en zones éligibles de la
Manche, et à fournir à la fin de chaque semestre la liste des justificatifs nécessaires validés
par le Conseil de l'Ordre de la Manche de ma profession.

J'ai pris connaissance du contrat qui m'engage dans ce cadre et qui sera signé après accord
de la commission sur ma candidature au dispositif.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à, le

Signature

Rappel des conditions de la prime

Engagements :

- Sont éligibles les étudiants en médecine ou en odontologie, ayant validé tous leurs semestres d'internat, mais pas encore passé leur thèse, et étant titulaires d'une licence de remplacement,
- Engagement d'un équivalent mi-temps de remplacement dans des cabinets de groupe des zones éligibles de la Manche, à savoir :
 - Les zones d'intervention prioritaire, les zones d'action complémentaires, selon la cartographie du zonage conventionnel régionalisé (<https://www.normandie.paps.sante.fr/le-nouveau-zonage-medecins>) pour les médecins,
 - Les zones intermédiaires, sous-dotées ou très sous-dotées, selon la cartographie interactive de l'ARS (<http://carto.ars.sante.fr/cartosante/>) pour les chirurgiens-dentistes,

Contre partie :

- Une indemnité de déplacement, proportionnelle aux km entre le domicile et les lieux de remplacement, et plafonnée à 4200 € par semestre.

Pièces justificatives à fournir

A la demande avec ce formulaire :

- Certificat d'inscription à une faculté de médecine ou d'odontologie,
- Un justificatif de domicile récent,
- Copie de la licence de remplacement,
- Un RIB

Pour le versement de la prime à la fin de chaque semestre :

- copie des contrats de remplacement validés par le Conseil de l'Ordre de la Manche

Gestion des données personnelles

Les informations à caractère personnel recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatique, destiné à recueillir les informations vous concernant dans le cadre de la **gestion de votre demande d'aides financières relative à la politique « démographie médicale du Département de la Manche »**.

Les finalités du traitement sont :

- Instruction de la demande
- Notification de décision
- Transmission des conventions aux signataires
- Suivi des engagements contractuels
- Informations concernant l'exercice professionnel et la vie dans la Manche.

Le traitement de ces données s'inscrit dans le cadre juridique d'une Mission d'intérêt public et conformément à la délibération CP.2023-09-15.1-7, relative à l'évolution des conventions en faveur des étudiants, internes ou jeunes professionnels en médecine générale ou en odontologie.

La personne responsable du traitement est le président du Département de la Manche.

Les données ne font pas l'objet d'une décision automatisée. L'ensemble des informations demandées est nécessaire à la bonne instruction de la demande. Tout défaut de réponse pourra entraîner l'impossibilité de traiter la demande.

Les destinataires de ces données sont les agents dûment habilités au sein du Conseil départemental de la Manche, de la direction générale adjointe action sociale, qui sont soumis à des obligations imposées par notre politique interne en la matière, ainsi que des agents des organismes signataires des conventions :

- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ;
- Les conseils départementaux de l'ordre de médecins ou des chirurgiens-dentistes.

Ces données sont conservées sur la plateforme jusqu'à la date de fin des engagements contractuels et ont 10 ans de durée de vie.

Conformément aux articles 13 et 14 du RGPD, le demandeur dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les informations le concernant. Il dispose aussi du droit de limiter le traitement de ses données dans les conditions prévues au RGPD.

Pour exercer l'ensemble de ces droits, vous pouvez vous adresser, par mail à : dpo@manche.fr ou par courrier à : Délégué à la Protection des Données – 50050 Saint-Lô cédex.

Si vous estimez, après contact avec le DPO que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, il est possible de saisir la CNIL sur le site cnil.fr ou par téléphone au : 01 53 73 22 22, voire par courrier postal : Commission Nationale Informatique et Liberté – 3 place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cédex 07.

Envoi du dossier

Par courrier :

Conseil départemental de la Manche
A l'attention de Karlen Patrix
Cheffe de projet santé
Direction générale adjointe – Action Sociale
50050 SAINT-LÔ CEDEX

attractivitemedicale@manche.fr - Tel : 02 33 05 96 17