**Appel à Projet 2024-2026**

**Postes partagés territoriaux à valence universitaire**

**Annexe 2 – Lettre d’engagement**

**- Structures partenaires (Etablissements et faculté) -**

**Concernant les postes à valence universitaire, l’établissement recruteur est obligatoirement un CHU, cependant, les postes partagés territoriaux à valence universitaire ont pour objectif de renforcer un maillage territorial universitaire de formation, la partie soin sera exercée au sein de l’établissement de santé dit d’exercice.**

**Lettre d’engagement à renseigner par l’ensemble le CHU de référence, l’établissement de santé partenaire, et la faculté de médecine valant accord de la demande de création du poste, en lien avec :**

* **le projet médical partagé et la fiche de poste,**
* **le recrutement du candidat proposé,**
* **le projet de recrutement d’un poste partagé territorial sur ce projet de collaboration.**

🡺 **CHU de référence recruteur: …………………………..……………………………………………………………**

🡺 **Etablissement de santé – site d’exercice : …………………………..…………………………………………**

🡺 **Faculté de médecine référente / UFR concernée : ………………………………………………………..**

**. Candidat pressenti (NOM, Prénom) :**

**. Spécialité concernée :**

**. Avis motivé des établissements partenaires sur le candidat pressenti ou, le cas échéant, sur le projet de poste partagé territorial :**

**. Projet de poste après ce poste partagé territorial, pour le candidat pressenti, au sein du ou des établissements partenaires de ce poste partagé territorial, à préciser (obligatoirement) :**

**. Engagement**

🡺 **CHU de référence**

J’atteste que le candidat pressenti sera recruté sur un contrat de 2 ans obligatoires prenant effet au ………………………………… sur un poste partagé territorial avec l’établissement de santé recruteur ………………………………………………………………………………

🡺 **Etablissement de santé partenaire**

J’atteste que le candidat pressenti sera recruté sur un contrat de 2 ans obligatoires prenant effet au

…………………………………… sur un poste partagé territorial avec l’établissement de santé partenaire ………………………………………………………………………………

🡺 **L’UFR – la faculté de médecine concernée**

J’atteste que le candidat pressenti sera recruté sur un contrat de 2 ans obligatoires prenant effet au ………………………………… sur un poste partagé territorial avec l’établissement de santé recruteur ………………………………………………………………………………

**. Engagement**

🡺 **Etablissements partenaires sur le projet médical**

S’accordent sur le recrutement et sur le reste à charge du financement du poste selon les modalités initialement exigées dans le cahier des charges.

Et attestent avoir informé le candidat pressenti des missions attendues sur le poste partagé territorial au sein des services d’accueil.

🡺 **Etablissements partenaires sur le poste partagé territorial**

A conserver la répartition, les sites de partage et la durée de financement validée par l’ARS Grand-Est.

**. Descriptif synthétique du projet s’intégrant dans le volet RH du PMP du GHT :**

………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Le : …………………………………. A, ………………………………..**

**Pour l’Etablissement de santé d’accueil** : **……………………………………………………………….......**

**……………………………………………………………….......**

**Pour le PCME: …………………………………............**

**……………………………………………………………….......**

**Signature :**

**Pour le Directeur: …………………………………......**

**……………………………………………………………….......**

**Signature :**

**Pour le Directeur des Affaires Médicales : ……**

………………………..……………………………………………

**Signature :**

**Pour le Chef de Service d’accueil : …………………**

**……………………………………………………………………..**

**Signature :**

**Pour le CHU** : **……………………………………………………………….........**

**……………………………………………………………….........**

**Pour le PCME: …………………………………................**

**……………………………………………………………….........**

**Signature :**

**Pour le Directeur: ………………………………….........**

**……………………………………………………………….........**

**Signature :**

**Pour le Directeur des Affaires Médicales : …….**

………………………..……………………………………………….

**Signature :**

**Pour le Chef de Service d’accueil : …………………….**

**………………………………………………………………………..**

**Signature :**

**Le doyen pour l’UFR / Faculté**: **……………………………………………………………….........**

**……………………………………………………………….........**

**Signature :**