**Appel à Projet - 2025-2027**

**Postes partagés territoriaux**

**Annexe 3 – Lettre d’engagement Candidat poste partagé territorial à valence universitaire**

**Lettre d’engagement à compléter par le candidat à un poste partagé territorial à valence universitaire, témoignant de l’engagement du candidat**

**. Je, soussigné (e) :**

**Nom : ………………………………………………………………..........................................................................**

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

**Spécialité : ………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Adresse mail personnelle (Obligatoire) : ………………………………………………………………………………………**

**Numéro de téléphone personnel : ………………………………………………………………………………………………**

**. Je sollicite l’Agence Régionale de Santé du Grand-Est, pour le financement de mon poste d’Assistant Spécialiste à Temps Partagé, entre :**

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

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

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

**. Engagement**

En acceptant le poste, je m’engage à :

🡺 Communiquer tout changement de situation professionnelle (désistement, démission) pendant la durée de l’assistanat.

🡺 Répondre aux enquêtes de l’Agence Régionale de Santé sur les postes partagés territoriaux :

* **Au 1er questionnaire, à la fin de mon assistanat dont l’objectif est de recueillir :**
* Les motifs de ce choix de post-internat,
* Le ressenti des assistants sur ce dispositif/cette expérience, les avantages et les freins de celui-ci,
* Le projet mené à la suite de ce poste, au sein de la région Grand Est ou en dehors.
* **Un questionnaire annuel (réalisé sur une période de 5 à 10 ans), plus bref, permettant à l’ARS Grand Est de connaître mon évolution professionnelle (en matière de type de pratique, de lieu d’installation.**

🡺 Communiquer mon adresse mail personnelle à l’Agence Régionale de Santé du Grand Est

(ars-grandest-offre-sanitaire@ars.sante.fr), en cas de changement.

**Lieu et Date : Signature :**