

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **APH  :**  ***si connu*** |  | **Année de scolarité :** |  |

**ETAT CIVIL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date & lieu de naissance :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nationalité :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro de SS :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom & numéro de mutuelle (si concerné) :** |  |

**COORDONNEES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse en France :** |  |

*NB : c’est à cette adresse que seront envoyées vos fiches de paie*

|  |  |
| --- | --- |
| **Téléphone :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Courriel :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne à prévenir en cas d’urgence :** |  |

**SITUATION FAMILIALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Situation maritale :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du conjoint :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Employeur du conjoint :** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom des enfants** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Sexe** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Demandez à vous à percevoir le Supplément Familial de Traitement ? Oui Non**

Si oui, rapprochez-vous du bureau du personnel médical pour compléter le dossier, en prévoyant une attestation de l’employeur de votre conjoint(e) confirmant qu’il/elle ne perçoit pas le SFT, et une copie du livret de famille.

|  |
| --- |
| **Lors de votre premier stage, merci de joindre impérativement à cette fiche** : |
| * le copie de votre carte d’identité ou passeport * un RIB * la copie de votre carte vitale + copie de l’attestation * la copie de la carte de mutuelle si concerné(e) * 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 * la charte de confidentialité signée (page suivante) |

**Il ne sera pas nécessaire de refournir ces éléments pour le reste de votre scolarité en tant qu’étudiant en médecine affecté sur un établissement rattaché à AP-HP.Sorbonne-Université. Vous vous engagez en revanche à signaler tout changement de situation.**

**Je déclare exacts les renseignements ci-dessus énoncés 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 versement partiel du montant de mes frais de transport.**

**Certifié exact, le ………………….. Signature** :

|  |  |
| --- | --- |
| **Etudiant hospitalier**  DFASM1  DFASM 2  DFASM 3 | Année universitaire : 202\_\_\_ / 202\_\_\_ |
| Nom patronymique : ………………………………………………  Prénom : ………………………………………………………….. | |
| Adresse du stage en cabinet libéral su concernés :  Si 2 terrains de stage, adresse du stage n°2 : | |

**Option 1 : Je souhaite bénéficier de la prise en charge partielle du pass Navigo en application des dispositions de l’article 5 de la loi n°82-684 du 4 août 1982 pour l’ensemble de mes stages, quel que soit mon lieu d’affectation.**

Déclaration de prise en charge des frais de transport

* **Je fournis la copie de l’attestation annuelle de paiement, ou chaque mois, les justificatifs mensuels de paiement.**

**Option 2 : Je souhaite bénéficier de la prise en charge partielle du pass Navigo en application des dispositions de l’article 5 de la loi n°82-684 du 4 août 1982 et de l’indemnité forfaitaire kilométrique en application du décret du 11/03/2014 lorsque je suis dans l’une de situations ci-dessous :**

* **en cabinet libéral à plus de 15km, je fournis l’itinéraire entre le lieu de stage et la faculté (91 boulevard de l’hôpital 75013 PARIS – itinéraire le plus court).**
* **dans l’un des établissements éloignés de plus de 15km de la faculté : CH Robert Ballanger, CHI Villeneuve-StGeorges, CH de Lagny, CH de Melun, CH de Montfermeil**
* **Je fournis la copie de l’attestation annuelle de paiement, ou chaque mois, les justificatifs mensuels de paiement lorsque je suis éligible à la prise en charge partielle du passe Navigo.**

**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 ::**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AP-HP.Sorbonne Université**  Charles-Foix • Pitié-Salpêtrière  Rothschild • Saint-Antoine • Tenon  Trousseau • La Roche-Guyon | logo APHP  **Charte pour l’utilisation des**  **ressources informatiques** | Référence  **HuPS/DIST/SIL/FT01 /V1** |
|  |

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 HuPS 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) :**  **Service SITE :**  Atteste avoir pris connaissance de la charte pour l’utilisation des ressources informatiques et des services internet des HuPS et en accepte les règles et conditions d’utilisation.  **Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ Signature :** |