

Démarche : ARS OCC - Aide à la formation d'IPA en établissement de santé d'Occitanie sélection 2025-2026

Organisme : ARS OCC DOSA

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre par l'ARS Occitanie d'une stratégie de soutien au déploiement des IPA en établissement de santé du secteur sanitaire.
Le dépôt des dossiers se fera de nov-25 au 18 janv-26

Structure bénéficiaire du financement

Nom de la structure

Un seul dossier par mention IPA et par candidat présenté par l'établissement.
Pour présenter plusieurs candidats, vous devrez compléter un autre formulaire de démarches simplifiées

Statut juridique

Cocher la mention applicable, un seul choix possible

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ PRIVE LUCRATIF

☐ PRIVE NON LUCRATIF

☐ PUBLIC

N° FINESS juridique

N° FINESS géographique

Code postal

Commune

Représentants de la structure

Responsable légal de la structure

☐ Mme

☐ M.

Nom du responsable légal de l'établissement

Prénom du responsable légal de l'établissement

Fonction du responsable légal de l'établissement

Courriel

Téléphone

Le référent dossier sera l'interlocuteur principal de l'ARS

Référent dossier de l'établissement

☐ Mme

☐ M.

Nom du référent dossier

Prénom du référent dossier

Fonction du référent dossier

Courriel référent dossier

Téléphone référent dossier

Pièces jointes établissement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Projet de l'établissement de déploiement de la pratique avancée

L'établissement argumente son projet d'ouverture de poste d'IPA en lien avec le contexte territorial, les besoins de santé des usagers, la projection d'activité, les collaborations internes et externes, le protocole d'organisation avec le ou les médecins concernés, ainsi qu'une projection anticipative du financement par l'établissement du poste IPA.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Engagement du responsable établissement

Document ci-joint à compléter

Infirmier salarié candidat à la formation IPA

Vous devrez remplir autant de blocs "Infirmier salarié " que vous avez d'infirmiers concernés par ce dossier . Pour cela une fois que vous aurez renseigné toutes les données d'un(e) infirmier(e), cliquer sur "+ Ajouter un élément pour ' Infirmier salarié ou libéral ' "

Infirmier salarié de la structure et candidat à la formation IPA

☐ Mme

☐ M.

Nom de l'IDE

Prénom

Date de naissance

Courriel de l'IDE

Téléphone de l'IDE

Numéro RPPS

Pièces jointes du candidat IDE

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ DE infirmier certifié conforme

Il est nécessaire de déposer une seule PJ par champ, veuillez sélectionner les diplômes qui peuvent apporter une valeur ajoutée à votre candidature IPA et les déposer dans les espaces suivants

Autre(s) diplôme(s)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Autre diplôme

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Autre diplôme

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Autre diplôme

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription à l'Ordre National des Infirmiers

Document attestant du numéro d'inscription à l'Ordre national des infirmiers, ou justificatif d'une demande d'inscription à l'Ordre infirmier

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Curriculum Vitae

CV organisé et documenté

Listing des formations réalisées + justificatifs

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Listing des formations réalisées + justificatifs

A obtenir auprès de la DRH du (ou des établissement(s))

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Listing des formations réalisées + justificatifs

A obtenir auprès de la DRH du (ou des établissement(s))

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Listing des formations réalisées + justificatifs

A obtenir auprès de la DRH du (ou des établissement(s))

Attestation(s) d'emploi

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation(s) d'emploi

- justifiant de 3 années d'expérience professionnelle

- justifiant de l'exercice actuel en tant que salarié de l'établissement porteur de votre projet IPA

A obtenir auprès du (ou des) établissement(s) dans lequel (lesquels) l'IDE exerce ou a exercé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation(s) d'emploi

- justifiant de 3 années d'expérience professionnelle

- justifiant de l'exercice actuel en tant que salarié de l'établissement porteur de votre projet IPA

A obtenir auprès du (ou des) établissement(s) dans lequel (lesquels) l'IDE exerce ou a exercé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation(s) d'emploi

- justifiant de 3 années d'expérience professionnelle

- justifiant de l'exercice actuel en tant que salarié de l'établissement porteur de votre projet IPA

A obtenir auprès du (ou des) établissement(s) dans lequel (lesquels) l'IDE exerce ou a exercé

☐ Engagement de l'infirmier salarié

Pour les IDE salariés de la FPH
cf document joint

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Projet professionnel du candidat

Le projet Professionnel du candidat devra permettre aux examinateurs de juger de son positionnement et de sa projection en tant qu'IPA à travers son parcours professionnel et ses différentes expériences.

Master IPA

Université(s) agréée(s) dispensant la formation IPA à laquelle (auxquelles) l'IDE a déposé une candidature

Les candidatures peuvent être déposées dans plusieurs Université. Pour autant l'aide financière ne donnera pas lieu à modification selon l'éloignement de la résidence administrative du candidat.

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Montpellier

☐ Toulouse

☐ Aix Marseille

☐ Clermont-Ferrand

☐ Nice - Côte d'Azur

☐ Bordeaux

☐ Grenoble

☐ Lyon

☐ Saint-Etienne

☐ Limoges

☐ Poitiers

☐ Paris

☐ Créteil

☐ Versailles

Si vous candidatez sur une ou plusieurs Université(s) non comprise(s) dans la liste ci-dessus, veuillez l'inscrire dans l'encart suivant

Mention choisie pour la deuxième année en lien avec le projet déposé

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Pathologies Chroniques Stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires (PCS)

☐ Psychiatrie et Santé Mentale (PSM)

☐ Médecine d'Urgence (MU)

☐ Oncologie et Hémato-Oncologie (OHO)

☐ Maladie Rénale Chronique, Dialyse et Transplantation Rénale (MRCTDR)

En lien avec votre projet IPA, votre établissement dispose-t-il d'une autorisation de soins en lien avec la mention demandée ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non