

- Démarche : Demande d'application de la prime de solidarité territoriale aux praticiens à temps partiel (HDF)
- Organisme : DOS / SD Démographie, formation et gestion des RH du système de santé / service Gestion des RH hospitalières

Identité du demandeur

Email	
Etablissement SIRET	
Dénomination	
Forme juridique	

Formulaire

Ce formulaire a pour objectif de faciliter le dépôt des demandes d'application de la PST aux praticien médicaux à temps partiel en établissement de santé. Cette possibilité est prévue par la convention-cadre régionale visant à organiser la mise en place de la PST ainsi que pour les urgentistes, la convention appui inter-hospitalier.

Informations préalables

Au préalable de solliciter une dérogation pour la mise en œuvre de la PST à un praticien à temps partiel, il est nécessaire que la « convention cadre régionale » soit signée par l'établissement employeur et l'établissement d'accueil du praticien pour l'ensemble des spécialités hormis la médecine d'urgence.

Pour la spécialité de médecine d'urgence, il convient que l'établissement employeur et l'établissement d'accueil signent l'avenant 1 à la convention d'appui inter-hospitalier.

Si vous ne l'avez pas encore fait, nous vous invitons à nous transmettre la convention signée par votre établissement en la téléchargeant ci-dessous (via le bouton « choisir un fichier »).

--

Le formulaire peut être complété par l'établissement d'accueil ou l'établissement employeur.

En cas de demande formulée par l'établissement d'accueil, l'accord de l'établissement employeur est une pièce obligatoire.

La PST peut s'appliquer à un praticien hors région Hauts de France. Dans ce cas, la convention cadre régionale est à signer par le directeur de l'établissement employeur,

Demande d'application de la prime de solidarité territoriale aux praticiens à temps partiel (HDF) même situé dans une autre région.

Votre établissement est-il signataire de la convention-cadre régionale HDF?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Convention-cadre régionale PST HDF (Hors MU)

le cas échéant, merci d'enregistrer la convention signée du directeur d'établissement ici

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Convention-cadre régionale Appui inter-hospitalier (MU uniquement)

le cas échéant, merci d'enregistrer la convention signée du directeur d'établissement ici

Identité de la personne en charge du dépôt de la demande

Nom Prénom

fonction et direction de rattachement

adresse mail

êtes vous l'établissement employeur du praticien ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Identité du praticien

n° RPPS

Nom Prénom (s)

spécialité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ allergologie

☐ anatomie et cytologie pathologiques

☐ anesthésie réanimation

☐ biologie médicale

☐ chirurgie maxillo-faciale

Demande d'application de la prime de solidarité territoriale aux praticiens à temps partiel (HDF)

☐ chirurgie générale

☐ chirurgie orale

☐ chirurgie pédiatrique

☐ chirurgie plastique reconstructrice et esthétique

☐ chirurgie thoracique et cardiovasculaire

☐ chirurgie vasculaire

☐ chirurgie viscérale et digestive

☐ chirurgie orthopédique et traumatologie

☐ dermatologie et vénéréologie

☐ endocrinologie diabétologie nutrition

☐ génétique médicale

☐ gériatrie

☐ gynécologie médicale

☐ gynécologie-obstétrique

☐ hématologie

☐ hémobiochimie transfusion

☐ hépato-gastro-entérologie

☐ hygiène hospitalière

☐ maladies infectieuses et tropicales

☐ médecine cardiovasculaire

☐ médecine d'urgence

☐ médecine et santé au travail

☐ médecine générale

☐ médecine intensive - réanimation

☐ médecine interne et immunologie clinique

☐ médecine légale et expertises médicales

☐ médecine nucléaire

☐ médecine physique et de réadaptation

☐ médecine vasculaire

☐ néphrologie

☐ neurochirurgie

☐ neurologie

Demande d'application de la prime de solidarité territoriale aux praticiens à temps partiel (HDF)

☐ odontologie polyvalente

☐ oncologie

☐ oncologie radiothérapique

☐ ophtalmologie

☐ oto-rhino-laryngologie chirurgie cervico- faciale

☐ pédiatrie

☐ pharmacie polyvalente et pharmacie hospitalière

☐ pharmacologie clinique et toxicologie

☐ pneumologie

☐ psychiatrie

☐ radiologie et imagerie médicale

☐ rhumatologie

☐ santé publique

☐ stomatologie

☐ urologie

Ancienneté (en nombre de mois)

indiquez l'ancienneté dans la quotité à temps partiel du praticien dans l'établissement employeur (en nombre de mois)

Statut

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ praticien hospitalier

☐ praticien contractuel

☐ assistant des hôpitaux

☐ personnel enseignant et hospitalier titulaire, temporaire et non titulaire

quotité temps de travail

indiquer ici la quotité de temps de travail du praticien dans son établissement employeur

Depuis combien de temps le praticien exerce-t-il avec cette quotité ?

indiquer depuis combien de temps le praticien exerce avec cette quotité, en nombre de mois

Nom établissement employeur

Nom établissement d'accueil

l'établissement d'accueil est l'établissement qui bénéficie du renfort du praticien

pièces justificatives de la demande

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Courrier de demande de l'établissement employeur

un modèle type de courrier est proposé ci-joint

Justification de la demande

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ autre pièce utile