

# A nnexe

## CONTRAT D'ANNÉE-RECHERCHE EN MÉDECINE, PHARMACIE OU ODONTOLOGIE

N° contrat : ..... (1)

N° d'immatriculation : .....

NOM de l'allocataire (2) .....

*(Pour les femmes mariées, nom de jeune fille)*

Épouse de (2) .....

Prénom .....

Date et lieu de naissance .....

Situation de famille .....

Nationalité .....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

Compte bancaire n° .....

.....

Nom de banque.....

.....

*Identification et adresse de la succursale*

*(joindre un relevé d'identité bancaire)*

OU

Compte chèque postal .....

n° .....

Centre de chèques postaux.....

.....

*Intitulé exact du compte*

*(joindre un relevé d'identité postal)*

(1) À remplir par le centre hospitalier universitaire de rattachement.

(2) Mettre en majuscules.

ENTRE

Le préfet agissant au nom de l'État,

Le directeur du centre hospitalier universitaire de (3).....  
et sur proposition de M....., responsable de l'organisation du  
diplôme concerné,

à (4).....

ET

NOM..... Prénom.....

*(Pour les femmes mariées, nom de jeune fille)*

ci-dessous désigné(e) : l'allocataire

**Il est convenu ce qui suit :**

1) L'allocation visée à l'article 2 de l'arrêté fixant le régime des années-recherche durant l'internat de médecine et de pharmacie est attribuée au bénéficiaire à compter du ....., date de début du présent contrat.

Elle fera l'objet d'une déclaration au titre de l'impôt sur le revenu des personnes physiques. Le montant net de l'allocation d'année-recherche est celui visé à l'article 11 du décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine et des internes en pharmacie.

2) Le présent contrat est à durée déterminée. Il est conclu pour une période d'un an.

3) Le présent contrat ne constitue aucun engagement de la part de l'État de recruter l'allocataire parmi son personnel soit comme titulaire, soit comme agent sur contrat.

4) L'allocataire consacrera son activité à la préparation d'un diplôme sur le thème :

.....

5) L'allocataire consacre toute son activité à la préparation de son diplôme. Il est soumis aux règles internes en vigueur dans le laboratoire où il effectue ses travaux de recherche, y compris en matière de brevets d'invention.

En cas de non-respect de ces obligations par l'allocataire, le directeur général peut mettre fin au présent contrat sur proposition du professeur responsable de l'organisation du diplôme.

6) En cas de rupture anticipée du fait de l'allocataire durant l'application du contrat et sauf cas de force majeure, l'État peut procéder au remboursement fixé par le directeur général. Ce dernier établit alors un titre de perception au nom de l'intéressé.

7) Pendant la durée du contrat, l'allocataire bénéficie des prestations du régime général de la sécurité sociale : assurances sociales, allocations familiales, accidents du travail et maladies professionnelles.

8) L'allocataire ne pourra exercer aucune autre activité de caractère permanent rémunérée ou non.

9) L'allocataire a droit à un congé annuel de trente jours ouvrables, pendant lequel il perçoit l'allocation mentionnée au 1) du présent contrat. Les congés seront pris suivant les conditions du laboratoire dans lequel l'allocataire exerce son activité mais le seront toujours pendant la durée du contrat.

10) À l'issue de la période de validité du contrat, l'allocataire cessera son activité sans que l'hôpital ait à lui signifier un préavis.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Lu et approuvé*

L'allocataire

P/le préfet  
Le DRASS (5)

Le directeur général (3)

(3) CHU de rattachement.

(4) Nom de l'établissement dans lequel exerce le responsable de l'organisation du diplôme d'études approfondies.

(5) DRASS de la subdivision d'origine.

Politique régionale de santé - Gestion des internes

**ANNÉE-RECHERCHE**

Nom et prénom de l'interne : .....

Adresse : .....

.....

Année du concours : .....

Discipline d'affectation : .....

CHU de rattachement : .....

Inscription en        année d'internat

---

**DIPLÔME**

Diplôme d'affectation (intitulé) : .....

Nom du responsable : .....

Date :

UER d'inscription attestant

l'agrément du (ou des)

laboratoire(s) d'accueil

(cachet)

Signature du responsable de diplôme

Imprimé à retourner à la DRASS du .....

**Politique régionale de santé - Gestion des internes**

**STAGES EN ANNÉE-RECHERCHE**

**1er stage (novembre 200... à avril 200...)**

Laboratoire d'accueil :

- intitulé : .....

- adresse : .....

Responsable du stage : .....

**2ème stage ( mai 200... à octobre 200...)**

Laboratoire d'accueil :

- intitulé : .....

- adresse : .....

Responsable du stage : .....