



DOSSIER DE DEMANDE  
AUPRES DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

**Dispositif d'INDEMNITES DE DEPLACEMENT  
pour les étudiants en médecine et odontologie  
réalisant des remplacements dans la Manche**

---

**Identité**

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Email : .....

Téléphone : .....

Faculté de rattachement : .....

Date prévue du passage de la thèse : .....

**Je suis intéressé(e) par l'indemnité de déplacement, et souhaite à titre indicatif  
réaliser des remplacements dans le/les secteurs de :**

.....

.....

.....

**Déclaration sur l'honneur :**

Je soussigné(e) .....  
atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments fournis pour recevoir l'indemnité de  
déplacement pour les étudiants en médecine et en odontologie.

Je m'engage à faire l'équivalent d'un mi-temps de remplacements en zones éligibles de la  
Manche, et à fournir à la fin de chaque semestre la liste des justificatifs nécessaires validés  
par le Conseil de l'Ordre de la Manche de ma profession.

J'ai pris connaissance du contrat qui m'engage dans ce cadre et qui sera signé après accord  
de la commission sur ma candidature au dispositif.

Pour servir et valoir ce que de droit,

Fait à ....., le .....

*Signature*

## **Rappel des conditions de la prime**

### **Engagements :**

- Sont éligibles les étudiants en médecine ou en odontologie, ayant validé tous leurs semestres d'internat, mais pas encore passé leur thèse, et étant titulaires d'une licence de remplacement,
- Engagement d'un équivalent mi-temps de remplacement dans des cabinets de groupe des zones éligibles de la Manche, à savoir :
  - Les zones à densité moyenne ou faible, selon la cartographie interactive du Conseil de l'Ordre des Médecins ([demographie.medecin.fr/demographie](http://demographie.medecin.fr/demographie)) pour les médecins,
  - Les zones intermédiaires, sous-dotées ou très sous-dotées, selon la cartographie interactive de l'ARS (<http://carto.ars.sante.fr/cartosante/>) pour les chirurgiens-dentistes,

### **Contre partie :**

- Une indemnité de déplacement, proportionnelle aux km entre le domicile et les lieux de remplacement, et plafonnée à 4200 € par semestre.

## **Pièces justificatives à fournir**

A la demande avec ce formulaire :

- Certificat d'inscription à une faculté de médecine ou d'odontologie,
- Un justificatif de domicile récent,
- Copie de la licence de remplacement,
- Un RIB

Pour le versement de la prime à la fin de chaque semestre :

- copie des contrats de remplacement validés par le Conseil de l'Ordre de la Manche

### **Envoi du dossier**

Par courrier :

Conseil départemental de la Manche  
A l'attention de Laura EVENO  
Chargée de projets Offre de soins territoriale  
Mission Appui aux Territoires  
50050 SAINT-LÔ CEDEX

[attractivitemedicale@manche.fr](mailto:attractivitemedicale@manche.fr) - Tel : 02 33 05 97 44