

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

Contrat n :

N° d'immatriculation :

NOM de l'allocataire (2) :  
*(Pour les femmes mariées, nom de jeune fille)*

Épouse de (2) :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Situation de famille :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone : Fixe :  
                  Portable :

Compte Bancaire ou Postal :

Banque ou CCP :

Code Banque :

Code Guichet :

N° de Compte, clé :

*(Joindre un relevé d'identité bancaire)*

## ENTRE

Le Directeur général de l'ARS agissant au nom de l'État,

Le Directeur général du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

et sur proposition de M..... ,  
responsable de l'organisation du diplôme concerné,

à (1)

## ET

NOM..... Prénom.....  
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. A 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

L'allocataire

Le Directeur général de l'ARS

Le Directeur général du CHU

*(1) Nom de l'établissement dans lequel exerce le responsable de l'organisation du diplôme(DEA, MASTER)*

**ARS – Internat de médecine et de Pharmacie  
ANNÉE-RECHERCHE**

Nom et Prénom de l'interne :

Adresse :

Année du concours : 201

Discipline d'affectation :

CHU de rattachement :

Inscription en année d'internat

**DIPLOME**

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

**ARS - Internat de médecine et de Pharmacie  
STAGES EN ANNÉE-RECHERCHE**

**1er Stage de : Novembre 201      A Avril 201.**

Laboratoire d'accueil :

- ❖ intitulé :
- ❖ adresse :

Responsable du stage :

**2ème Stage de : Mai 201      A Octobre 201.**

Laboratoire d'accueil :

- ❖ intitulé :
- ❖ adresse :

Responsable du stage :