

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

---

Ministère de l'éducation nationale,  
de l'enseignement supérieur et de la recherche

---

**Avis relatif au remplacement de membres élus du Conseil national des universités  
pour les disciplines de santé  
(Décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 modifié, article 8)**

Est déclaré vacant le siège suivant :

**DISCIPLINES MEDICALES**

Collège A : **Professeurs et assimilés**

Sous-section 4804 : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie (2 options)

1 siège en remplacement de M. Jean-Michel HALIMI

Les candidatures doivent parvenir par courriel au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, département des personnels enseignants-chercheurs de santé (DGRH A2-2) à l'adresse électronique [dgrh-a2.sante-electioncnu@education.gouv.fr](mailto:dgrh-a2.sante-electioncnu@education.gouv.fr) **dans un délai de huit jours suivant la date de publication du présent avis.** Elles seront transmises aux sections ou sous-sections concernées du Conseil national des universités pour les disciplines de santé.

Le modèle de déclaration de candidature est annexé au présent avis.

Paris, le 21 janvier 2025

Pour le ministre auprès de la ministre d'Etat de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche,

La cheffe du département des enseignants-chercheurs de santé,



Feryel KARROUCHA

Annexe I

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

CANDIDATURE A L'ELECTION AU CONSEIL NATIONAL DES UNIVERSITES POUR LES DISCIPLINES DE SANTE

SECTION : |\_|\_|      SOUS-SECTION : |\_|\_|      COLLEGE : |\_|

Intitulé de la sous-section (pour les disciplines médicales et odontologiques exclusivement) :

.....

Intitulé de la section (pour les disciplines pharmaceutiques exclusivement) :

.....

Civilité : Madame :       Monsieur :

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : .....

Date de naissance :

Etablissement : .....

.....

Adresse personnelle :

Rue .....N°: .....

Code postal :      Commune : .....

Téléphone:

Adresse électronique : .....

Adresse administrative :

UFR ou service hospitalier : .....

.....

Rue : .....N°: .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : .....

Téléphone :

Adresse électronique : .....

**En cas d'élection, indiquer l'adresse où vous souhaitez recevoir tout document (cochez la case correspondant à votre choix) :**

Adresse administrative

Adresse personnelle

Fait à .....le :

Signature :