**DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT**

**HORS SUBDIVISION D'ORIGINE**

***REFERENCE :*** *Arrêté du 4 février 2011 relatif à l’agrément, à l’organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en 3ème cycle des études médicales*

A **retourner** **complet**

Pour le semestre de mai à octobre : **Avant** le 1er octobre

Pour le semestre de novembre à avril : **Avant** le 1er avril

par mail à :

[**patricia.reboul@umontpellier.fr**](mailto:patricia.reboul@umontpellier.fr)

ou courrier:

Faculté de médecine – Bureau du 3ème cycle – Mme Patricia REBOUL

2, rue école de Médecine - CS 59001 – 34060 Montpellier Cedex 2

**Attention** : tout dossier incomplet ne pourra être étudié par la Commission de subdivision

## *Annexe 1*

## DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE

NOM PATRONIMIQUE :

Prénom :

NOM d'épouse :

Adresse personnelle :

**CP** **Ville**

🕿 :

Mail : **@**

SUBDIVISION D'ORIGINE :

ANNEE du Concours :

DISCIPLINE :

D.E.S. d'inscription :

ANCIENNETE de fonctions :

(Nombre de semestres validés au moment du choix).

|  |
| --- |
| **PERIODE SOUHAITEE** |
| MAI à OCTOBRE  NOVEMBRE à AVRIL |
| **SUBDIVISION DEMANDEE** |
| **Etablissement :** |
| **Service :**  **Nom du Chef de service :** |
|  |

***Annexe 2***

|  |
| --- |
| **PROJET du STAGE** |
|  |

Date :

Signature :

**Annexe 3**

###### DEMANDE DE STAGE D’INTERNAT HORS SUBDIVISION D’ORIGINE

**AVIS DU COORDONNATEUR INTERREGIONAL DE LA SUBDIVISION D’ORIGINE**

**J**e, soussigné…

**C**oordonnateur interrégional du D.E.S. de

**A**utorise  **N’**autorise pas

**M**

**I**nterne inscrit (e) dans le D.E.S.de  que je coordonne

**A** accomplir le semestre de :

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

Dans la Subdivision de 

**COORDONNATEUR INTERREGIONAL DE LA SUBDIVISION D’ORIGINE**

Date :

Cachet Signature

**Annexe 4**

###### DEMANDE DE STAGE D’INTERNAT HORS SUBDIVISION D’ORIGINE

**AVIS DU COORDONNATEUR REGIONAL DE LA SUBDIVISION D’ORIGINE**

**J**e, soussigné (e)

**C**oordonnateur régional du D.E.S. de

**A**utorise  **N’**autorise pas

**M**.

**I**nterne inscrit (e) dans le D.E.S. que je coordonne

**A** accomplir le semestre de :

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

Dans la Subdivision de :

**COORDONNATEUR REGIONAL DE LA SUBDIVISION D’ORIGINE**

Date :

Cachet Signature :

***Annexe 5***

###### *DEMANDE DE STAGE D’INTERNAT HORS SUBDIVISION D’ORIGINE*

**AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE D’ACCUEIL**

**J**e, soussigné (e)

**C**hef du Service de

**E**tablissement

**D**onne mon accord  **N**e donne pas mon accord

à **M.**

**I**nterne inscrit (e) dans le D.E.S.

**A**fin de l’accueillir dans mon service, pendant le semestre de :

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

**RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE D’ACCUEIL**

Date :

Cachet Signature :

***Annexe 6***

###### *DEMANDE DE STAGE D’INTERNAT HORS SUBDIVISION D’ORIGINE*

**AVIS DU DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

**OU DE L’ORGANISME D’ACCUEIL**

**J**e, soussigné (e)

**D**irecteur du (nom de l’établissement)

**A**utorise  **N’**autorise pas

**M**.

**I**nterne inscrit (e) dans le D.E.S. 

**A** accomplir le semestre de :

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

**D**ans mon établissement (les éléments de rémunération prévus à l’article 10 du décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 restant à la charge du CHR de rattachement)

**Dans le s**ervice **de :**

**A**uprès de **M.**

(Nom du Chef de service)

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER OU ORGANISME D’ACCUEIL**

Date :

Cachet Signature :