**DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE HORS REGION**

***Référence****: Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Section 5 : article 47 à 50*

**DATE LIMITE A RESPECTER**

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 : [**med-stagehr@umontpellier.fr**](mailto:med-stagehr@umontpellier.fr)

Tout dossier incomplet ou arrivé hors délais ne pourra être étudié par

la Commission des stages de la subdivision de Montpellier

NOM PATRONYMIQUE :

Prénom :

NOM D’USAGE (le cas échéant) :

Adresse personnelle :

**CP** **Ville**

🕿 :

Mail : **@**

SUBDIVISION D'ORIGINE :

ANNEE DE L’ECNI :

D.E.S. d'inscription :

ANCIENNETE de fonctions = Nombre de semestres validés au moment du choix pour le semestre demandé :

|  |
| --- |
| **PERIODE SOUHAITEE** |
| MAI à OCTOBRE  NOVEMBRE à AVRIL |
| **REGION DEMANDEE** |
| **Nom de l’Etablissement :**  **Service demandé :**  **Nom du Chef de service :** |

***Annexe 1***

***Lettre de demande comprenant votre projet de stage*** (à dater et signer)

* *Éléments à développer en pièce jointe*

**Annexe 2**

**DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE HORS REGION**

**AVIS DE LA COMMISSION LOCALE (à faire signer par votre coordonnateur de DES)**

**J**e, soussigné…

**Président de la Commission locale du D.E.S de**

Donner un avis **Favorable  Défavorable**

à la demande de stage hors région de

**M**

**I**nterne inscrit (e) dans le D.E.S.de  dans la subdivision de Montpellier

Pour le semestre de :

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

**D**ans la Région de 

**N**omde l’Etablissement**:**

**S**ervice demandé**:**

**N**om du Chef deservice**:**

Date :

Cachet Signature

***Annexe 3***

**DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE HORS REGION**

**AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE DE STAGE AGREE OU DU PRATICIEN AGREE-MAITRE DE STAGE DES UNIVERSITES 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.

**R**égion Occitanie, Subdivision de Montpellier

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

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

**RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE DE STAGE AGREE**

**OU**

**PRATICIEN AGREE-MAITRE DE STAGE DES UNIVERSITES D’ACCUEIL**

Date :

Cachet Signature :

***Annexe 4***

**DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE HORS REGION**

**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. 

Région Occitanie, Subdivision de Montpellier-Nîmes

**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)

**D**ans le service de **:**

**A**uprès de **M.**

(Nom du Chef de service)

**ETABLISSEMENT HOSPITALIER OU ORGANISME D’ACCUEIL**

Date :

Cachet Signature :