



Faculté

de médecine

Université de Strasbourg

DEMANDE DE STAGE HORS-SUBDIVISION

(concerne les étudiants relevant du Nouveau Régime)

À REMPLIR EN LETTRES CAPITALES ET A RETOURNER

Au bureau du 3^{ème} cycle de la Faculté de Médecine

DATES LIMITES DE DÉPÔT DU DOSSIER DANS LE CADRE DE LA <u>PHASE D'APPROFONDISSEMENT</u> :	- 1 ^{er} JANVIER POUR LE SEMESTRE D'ÉTÉ - 1 ^{er} JUILLET POUR LE SEMESTRE D'HIVER
DATES LIMITES DE DÉPÔT DU DOSSIER DANS LE CADRE DE LA <u>PHASE DE CONSOLIDATION</u> :	- 1 ^{er} OCTOBRE POUR LE SEMESTRE D'ÉTÉ - 1 ^{er} AVRIL POUR LE SEMESTRE D'HIVER

ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE DEMANDE

(A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES)

NOM : _____ Prénom : _____

NOM d'épouse : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse personnelle : _____

Email : _____

N° téléphone : _____

SUBDIVISION D'ORIGINE : _____

SUBDIVISION D'ACCUEIL : _____

ANNEE ECN : _____

DISCIPLINE D'AFFECTATION :

- Spécialités Médicales Spécialités Chirurgicales Psychiatrie Biologie médicale
 Médecine Générale Santé publique Médecine du travail

DES Préparé : _____

Nombre de semestres restant à effectuer au jour du départ (stage Interchu inclus) : _____

LIEU DE STAGE :

Etablissement demandé : _____

Service demandé : _____

Nom du responsable du lieu de stage agréé : _____

Période demandée : Semestre de mai à novembre Semestre de novembre à mai

AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN STAGE HORS-SUBDIVISION ? Oui Non

Si oui :

- Service et établissement d'affectation : _____
- Période concernée : _____

AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UNE ANNEE-RECHERCHE ? Oui Non

Si oui :

- Année universitaire de réalisation : _____
- Laboratoire d'affectation : _____

LES STAGES A L'ETRANGER :

Financement par la structure d'accueil (à privilégier) : Oui Non

Si non, fournir une attestation de l'établissement de la non-prise en charge de la rémunération.

Fait à : _____ Le _____

Signature :

ANNEXE 1A : LETTRE DE MOTIVATION

(2 PAGES MINIMUM COMPORTANT NOTAMMENT UN DESCRIPTIF DU PROJET PROFESSIONNEL DE L'INTERNE ET EXPLICITANT EN QUOI CE STAGE S'INSCRIT LOGIQUEMENT DANS CE PROJET)

ANNEXE 1B : CURRICULUM VITAE

ANNEXE 2 : PROJET DE STAGE

**(1 PAGE MINIMUM DECRIVANT LES APPORTS SPECIFIQUE DE CE STAGE HORS SUBDIVISION ET LE
RETOUR SUR INVESTISSEMENT EN SUBDIVISION COMME SUITE A CE STAGE)
(A TITRE D'EXEMPLE : TECHNIQUES NON MISES EN ŒUVRE LOCALEMENT, ETC)**

ANNEXE 3 : AVIS

RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE AGREE

Je soussigné (e) : _____

Responsable médical du lieu de stage de : _____

Au CHU : _____

autorise Mme, M. _____, interne

à accomplir 1 semestre dans mon service à compter du : _____

(Le responsable médical ne peut accueillir qu'un seul étudiant inter région dans son service)

Fait à _____ , Le _____

Signature et cachet du responsable médical du lieu de stage

.....

PRATICIEN AGREE-MAITRE DE STAGE

Je soussigné (e) : _____

Praticien agréé-maître de stage : _____

Spécialité exercée : _____

autorise Mme, M. _____, interne

à accomplir 1 semestre dans mon service à compter du : _____

(Le praticien agréé-maître de stage ne peut accueillir qu'un seul étudiant inter région dans son cabinet)

Fait à _____ , Le _____

Signature et cachet du responsable médical du lieu de stage

ANNEXE 4 : AVIS

DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER D'ACCUEIL

Je soussigné (e) : Mme, M. _____

Directeur du CHU : _____

autorise Mme, M. _____

interne inscrit en DES de : _____

à accomplir un semestre pour la période du _____ au _____

Fait à _____ le _____

Signature et cachet du Directeur du CHU :



DIRECTEUR DE L'ORGANISME D'ACCUEIL

Je soussigné (e) Mme, M. _____

Directeur de l'organisme : _____

Autorise M., Mme, Mlle _____

Interne inscrit en DES de : _____

A accomplir un semestre pour la période du _____ au _____

Fait à _____ Le _____

Signature et cachet du Directeur de l'organisme :

ANNEXE 5 : AVIS

COMMISSION LOCALE DE COORDINATION DE LA SPECIALITE DU DES

Je soussigné(e) Mme, M. _____ Président de la Commission

Locale de Coordination de la Spécialité du DES : _____

Autorise Mme, M. _____

Interne inscrit en DES de : _____

A accomplir un semestre pour la période du _____ au _____

Fait à _____ Le _____

Signature et cachet du Président de la Commission Locale de Coordination de la Spécialité du DES :