



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Direction de la Stratégie

Service émetteur :

Département Ressources humaines en santé

Courriel :

ars-grandest-rh-en-sante@ars.sante.fr

DEMANDE DE CHANGEMENT DE SPECIALITE DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE ELARGIE*

Formulaire à remplir par l'interne

Nom de l'interne :

Nom d'épouse, le cas échéant :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Année du concours :

Classement :

Actuellement inscrit dans le DES de :

Demande à intégrer le DES de :

A compter du :

Je reconnais avoir pris connaissance que ce changement de spécialité sera définitif.

Fait à, le

Signature de l'interne :

Joindre obligatoirement les annexes 1 à 3, complétées et signées

*En application de l'article 7.IV de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine



**Annexe 1 : Avis ou accord du coordonnateur de la spécialité d'accueil
dans le cadre de la demande de changement de spécialité**

Je soussigné (e), Professeur :

Coordonnateur du DES de :

Autorise M. / Mme :

A suivre le cursus de ce DES à compter du semestre de :

* Novembre 202... à avril 202..

* Mai à octobre 202...

Les stages, dont celui en cours, pris en compte au titre de la nouvelle demande d'affectation sont les suivants :

Semestre	Etablissement d'affectation	Service	Chef de service

Fait à, le

SIGNATURE et CAHET DU COORDONNATEUR :

Annexe 2 : Information portée au coordonnateur local de la spécialité d'origine

Je soussigné (e), Professeur :

Coordonnateur du DES de :

Atteste avoir été informé de la demande de changement de spécialité de M./Mme

Observations éventuelles :

Fait à, le

SIGNATURE ET CACHET DU COORDONNATEUR :

Annexe 3 : Avis motivé du doyen de la Faculté de médecine

Je soussigné (e), Professeur :

Doyen de la faculté de médecine de :

Atteste avoir été avisé de la demande de changement de spécialité de M./Mme

Et prononce l'avis suivant :

Fait à, le

SIGNATURE et CACHET DU DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE