

DEMANDE DE STAGE HORS-SUBDIVISION

À RETOURNER A LA FACULTE DE MEDECINE : med-specialites@unistra.fr

DATES LIMITES DE DÉPÔT DU DOSSIER

POUR UN STAGE DE PHASE D'APPROFONDISSEMENT	- 1 ^{er} JANVIER POUR LE SEMESTRE DE MAI - 1 ^{er} JUILLET POUR LE SEMESTRE DE NOVEMBRE
POUR UN STAGE DE PHASE DE CONSOLIDATION AVEC APPARIEMENT EN 6 MOIS	- 1 ^{er} JANVIER POUR LE SEMESTRE DE MAI - 1 ^{er} JUILLET POUR LE SEMESTRE DE NOVEMBRE
POUR UN STAGE DE PHASE DE CONSOLIDATION AVEC APPARIEMENT EN 1 AN	- 1 ^{er} JUILLET POUR LES SEMESTRES DE NOVEMBRE ET MAI N+1 OU POUR LES SEMESTRES DE MAI N+1 et NOVEMBRE N+1 Ex. : 1 ^{er} juillet 2024 pour les semestres de novembre 2024 et mai 2025, et/ou pour les semestres de mai 2025 et novembre 2025

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) : _____

Adresse mail : _____

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 MOTIVE

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 _____

Avis motivé, signature et cachet du Président de la Commission Locale de Coordination de la Spécialité du DES :