

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

D.E.S. de Spécialités

IMPORTANT

Ce dossier, dûment complété par l'interne et signé par le coordonnateur et chef de service/établissement de la subdivision d'accueil doit être envoyé au bureau du 3^{ème} Cycle avant :

- ☛ le 15 novembre pour le semestre d'été
- ☛ le 15 mai pour le semestre d'hiver

Afin que nous le fassions approuver par le Doyen.

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

D.E.S. de Spécialités

(Durée maximale de 2 semestres et après avoir validé 2 semestres)

Dossier de candidature

NOM :

NOM D'ÉPOUSE :

PRENOM :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

☎ 📱

Année de concours :

Rang de classement :/.....

SUBDIVISION D'ACCUEIL (ville) :

Période souhaitée : Novembre 20..... à Avril 20.....

et / ou

Mai à Octobre 20.....

Etablissement demandé :

Service demandé :

☐ Spécialités médicales, discipline choisie :

☐ Spécialités chirurgicales, discipline choisie :

Stage demandé en qualité d'interne de :

☐ Anesthésie-Réanimation

☐ Biologie médicale

☐ Gynécologie médicale

☐ Gynécologie obstétrique

☐ Médecine du travail

☐ Pédiatrie

☐ Psychiatrie

☐ Santé Publique et
Médecine Sociale

RAPPEL :

Il vous appartient de transmettre chacun des avis aux signataires concernés.

Le dossier complet doit être remis au bureau du 3^{ème} cycle :

Les dates limites de réception des demandes sont :

- le **15 novembre** pour le semestre d'été
- le **15 mai** pour le semestre d'hiver

Passé ce délai, nous ne prenons plus de dossier.

A, le

Signature de l'interne

D.E.S. de Spécialités

PRÉNOM :

[illegible]

UFR SIMONE VEIL-SANTE - 2 avenue de la source de la Bièvre – 78180 Montigny-Le-Bretonneux - 0170429480 - 3ecyclemedspe.ssv@uvsq.fr
<https://www.sante.uvsq.fr/>

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

D.E.S. de Spécialités

NOM :

NOM D'ÉPOUSE :

PRÉNOM :

Relevé d'internat : (semestres accomplis dans l'inter-région d'origine)

Semestre	Établissement d'affectation	Nom du chef de service	Agréments du service (D.E.S.)

Signature et cachet du service scolarité
UFR SIMONE VEIL - Santé

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

D.E.S. de Spécialités

Avis du Coordonnateur de D.E.S. de l'interrégion d'origine

Je soussigné(e),

Coordonnateur du D.E.S. de :

autorise Mme, Mr. :

régulièrement inscrit(e) au D.E.S. que je coordonne à effectuer semestre(s) de stage

à ⁽¹⁾

de Novembre 20..... à Avril 20..... ⁽²⁾

et/ou

de Mai à Octobre 20..... ⁽²⁾

dans le service de ⁽³⁾

Stage demandé en qualité d'interne de :

- ☐ Spécialités médicales
- ☐ Spécialités chirurgicales
- ☐ Anesthésie-Réanimation
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Gynécologie médicale
- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Médecine du travail
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Santé Publique et Médecine Sociale

Date :

Signature et cachet

(1) préciser l'établissement

(2) rayer les mentions inutiles

(3) préciser le nom du Chef de Service et la spécialité

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

D.E.S. de Spécialités

Avis du Coordonnateur de D.E.S. de l'interrégion d'accueil

Je soussigné(e),

Coordonnateur du D.E.S. de :

autorise Mme, Mr. :

régulièrement inscrit(e) au D.E.S. que je coordonne à effectuer semestre(s) de stage

à ⁽¹⁾

de Novembre 20..... à Avril 20..... ⁽²⁾

et/ou

de Mai à Octobre 20..... ⁽²⁾

dans le service de ⁽³⁾

Stage demandé en qualité d'interne de :

- ☐ Spécialités médicales
- ☐ Spécialités chirurgicales
- ☐ Anesthésie-Réanimation
- ☐ Biologie médicale
- ☐ Gynécologie médicale
- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Médecine du travail
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Santé Publique et Médecine Sociale

Date :

Signature et cachet

(4) préciser l'établissement

(5) rayer les mentions inutiles

(6) préciser le nom du Chef de Service et la spécialité

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

D.E.S. de Spécialités

Avis du Directeur de l'établissement d'accueil

Je soussigné(e),

Directeur de l' Etablissement (adresse et ☎)

donne un avis favorable à Mme, Mr. (*) :

interne inscrit en DES de :

Pour accomplir semestre(s) dans mon établissement durant la période de :

Novembre 20..... à Avril 20..... (*)

et/ou

Mai à Octobre 20..... (*)

Date :

Signature et cachet

(*) rayer les mentions inutiles

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

D.E.S. de Spécialités

Avis du Chef de Service de l'établissement d'accueil

Je soussigné(e),

Chef de service de l' Etablissement (adresse et ☎)

donne un avis favorable à Mme, Mr. (*) :

interne inscrit en DES de :

Pour accomplir semestre(s) dans mon service et atteste de la présence d'un seul

interne en surnombre pour la période donnée :

Novembre 20..... à Avril 20..... (*)

et/ou

Mai à Octobre 20..... (*)

Date :

Signature et cachet

(*) rayer les mentions inutiles

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

D.E.S. de Spécialités

Avis du Doyen de l'U.F.R. d'origine

Je soussigné, Marie ESSIG, donne un avis

☐ Favorable ☐ Défavorable

A la demande de stage hors subdivision d'origine de :

NOM :

PRÉNOM :

NOM D'ÉPOUSE :

Dans le service :

de Novembre 20.....à Avril 20.....

de Mai à Octobre 20.....

Date :

Cachet et signature