Demande de changement définitif de spécialité

NOM :       Prénom :

N° de téléphone :       Mail :

Année de concours :       Rang de classement :

Spécialité actuelle :

**SEMESTRES D'INTERNAT ACCOMPLIS (y compris semestre en cours)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Etablissement** | **Service** | **Chef de Service** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Je désire changer de spécialité, en application de *l’article 7 de l’arrêté du 12 avril 2017 modifié*, afin de poursuivre ma formation dans la spécialité suivante :      Gynécologie Obstétrique

Je souhaite conserver, sous réserve de l'accord du coordonnateur local du D.E.S précité, l'ancienneté des semestres suivants :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Etablissement** | **Service** | **Chef de Service** | **Semestres a conserver** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis du Coordonnateur local du DES actuel**  Nom / Prénom :  Signature | **Avis du coordonnateur local du DES postulé**  Nombre de semestre à conserver :  Nom / Prénom :  Signature |

**Décision du Directeur de l’UFR Médecine Montpellier-Nîmes**

Montpellier, le

**AVIS FAVORABLE AVIS DEFAVORABLE**

La Doyenne,

Pr Isabelle LAFONT

Nombre de semestre conservés :