DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE HORS REGION

Référence *: Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Section 5 : article 47 à 50*

DATE LIMITE A RESPECTER

Pour le semestre de mai à octobre : **Avant** le 15 septembre
Pour le semestre de novembre à avril : **Avant** le 15 mars

par mail à : **med-stagehr@umontpellier.fr**
copie au SILR à : **med.ge@silr.fr**

Tout dossier incomplet ou arrivé hors délais ne pourra être étudié par la Commission des stages de la subdivision de Montpellier

NOM PATRONYMIQUE :
Prénom :
NOM D'USAGE (le cas échéant) :

Adresse personnelle :

CP **Ville**
☎ :

Mail : @

SUBDIVISION D'ORIGINE :

ANNEE DE L'ECNI :

D.E.S. d'inscription :

ANCIENNETE de fonctions = Nombre de semestres validés au moment du choix pour le semestre demandé :

PERIODE SOUHAITEE
MAI à OCTOBRE NOVEMBRE à AVRIL
REGION DEMANDEE
Nom de l'Etablissement : **Service demandé :** **Nom du Chef de service :**

FACULTÉ DE MÉDECINE
MONTPELLIER-NÎMES
DEPUIS 1220

UNIVERSITÉ MONTPELLIER

Annexe 1

Lettre de demande comprenant votre projet de stage (à dater et signer)

- ⇨ *Éléments à développer en pièce jointe*

Annexe 2 -

Pour la Médecine générale ce document est à envoyer pour signature du coordonnateur à :
med-stagehr@umontpellier.fr

DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE HORS REGION

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE

(à faire signer par votre coordonnateur de DES)

Je, soussigné…

Président de la Commission locale du D.E.S de

Donner un avis ☐ **Favorable** ☐ **Défavorable**

à la demande de stage hors région de

M

Interne inscrit (e) dans le D.E.S.de dans la subdivision de Montpellier

Pour le semestre de :

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

Dans la Région de

Nom de l'Etablissement **:**

Service demandé **:**

Nom du Chef de service **:**

Date :

Cachet Signature

Annexe 3

DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE HORS REGION

AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE DE STAGE AGREE OU DU PRATICIEN AGREE-MAITRE DE STAGE DES UNIVERSITES D'ACCUEIL

Je, soussigné (e)

Chef du Service de

Etablissement

☐ **D**onne mon accord ☐ **N**e donne pas mon accord

à **M.**

Interne inscrit (e) dans le D.E.S.
Région Occitanie, Subdivision de Montpellier

Afin de l'accueillir dans mon service, pendant le semestre de :

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE DE STAGE AGREE

OU

PRATICIEN AGREE-MAITRE DE STAGE DES UNIVERSITES D'ACCUEIL

Date :

Cachet

Signature :

FACULTÉ DE MÉDECINE
MONTPELLIER-NÎMES
DEPUIS 1220

Annexe 4

DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE HORS REGION

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

OU DE L'ORGANISME D'ACCUEIL

Je, soussigné (e)

Directeur du (nom de l'établissement)

☐ **A**utorise ☐ **N'**autorise pas

M.

Interne inscrit (e) dans le D.E.S.
Région Occitanie, Subdivision de Montpellier-Nîmes

A accomplir le semestre de :

MAI à OCTOBRE

NOVEMBRE à AVRIL

Dans mon établissement (les éléments de rémunération prévus à l'article 10 du décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 restant à la charge du CHR de rattachement)

Dans le service de **:**

Auprès de **M.**
(Nom du Chef de service)

ETABLISSEMENT HOSPITALIER OU ORGANISME D'ACCUEIL

Date :

Cachet Signature :