

Dossier à retourner à :	Département de 3 ^{ème} cycle Médecine Spécialisée Université de Bordeaux 146, rue Léo Saignat – case 148 33 076 BORDEAUX CEDEX Contact : 05.57.57.56.76 e-mail : stephanie.martin@u-bordeaux.fr
Avant le :	15 novembre pour le semestre de mai 15 mai pour le semestre de novembre

**DOSSIER DE CANDIDATURE
STAGE HORS SUBDIVISION
(Nouvelle réforme)**

NOM – PRENOM – NOM D'EPOUSE

DATE et LIEU DE NAISSANCE

N°SECURITE SOCIALE.....

ADRESSE PERSONNELLE.....

TELEPHONE PERSONNEL.....

E-MAIL.....

SUBDIVISION D'ORIGINE.....

PROMOTION D'INTERNAT

DES D'INSCRIPTION.....

FST / OPTION.....

ANCIENNETE DE FONCTION

(Nombre de stages validés au moment du choix)

PERIODE SOUHAITEE	SUBDIVISION DEMANDEE
<input type="checkbox"/> novembre 20..... à avril 20..... <input type="checkbox"/> mai 20..... à octobre 20.....	Établissement : Service : Nom du chef de service : Adresse mail :

Date :
Signature :

Cadre réservé à l'administration

Décision de la commission
<input type="checkbox"/> favorable <input type="checkbox"/> défavorable, motif :

ANNEXE 2

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

RELEVÉ DE STAGES D'INTERNAT*

*Document édité par le service de scolarité de l'Université d'origine

ANNEXE 3

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL DU SERVICE D'ACCUEIL

Je soussigné(e)

Chef du Service

Adresse mail du chef de service (obligatoire)

Établissement

Donne mon accord à

Interne inscrit(e) dans la spécialité

Afin de l'accueillir dans mon service durant le semestre de

novembre 20..... à avril 20.....

mai 20..... à octobre 20.....

Date :

Signature :

ANNEXE 4

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT OU ORGANISME D'ACCUEIL

Je soussigné(e)

Directeur du (nom de l'Établissement)

Autorise M

Interne inscrit(e) dans la spécialité

À accomplir dans mon Établissement, **sous réserve de la décision de la commission ad'hoc**,
le semestre de

novembre 20..... à avril 20.....

mai 20..... à octobre 20.....

Service :

Auprès de M

(Nom du Chef de Service)

Les éléments de rémunération restent à la charge du C.H.U de rattachement

Date :

Cachet :

Signature :

ANNEXE 5

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE DE LA SPECIALITE (COORDONNATEUR ORIGINE)

Je soussigné(e)

Coordonnateur local du D.E.S. de.....

Autorise M

Régulièrement inscrit(e) dans la spécialité que je coordonne

À accomplir le semestre de

novembre 20..... à avril 20.....

mai 20..... à octobre 20.....

Dans la subdivision de :

Date :

Cachet :

Signature :

ANNEXE 6

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE DE LA SPECIALITE (COORDONNATEUR ACCUEIL)

Je soussigné(e)

Coordonnateur local du D.E.S. de.....

Autorise M

Régulièrement inscrit(e) dans la spécialité que je coordonne

À accomplir le semestre de

novembre 20..... à avril 20.....

mai 20..... à octobre 20.....

Dans la subdivision de :

Date :

Cachet :

Signature :

ANNEXE 7

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R.
SCIENCES MEDICALES DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE**

Je soussigné.....

Directeur de l'U.F.R. de Médecine de

Autorise M

Cochez la case correspondante :

Avis définitif

Ou

Avis sous réserve de la décision de la commission

À accomplir le semestre de

novembre 20..... à avril 20.....

mai 20..... à octobre 20.....

Dans la subdivision de :

Date :

Cachet :

Signature :

ANNEXE 8

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R.
SCIENCES MEDICALES DE LA SUBDIVISION D'ACCUEIL**

Je soussigné.....

Directeur de l'U.F.R. de Médecine de

Autorise M

Cochez la case correspondante :

Avis définitif

Ou

Avis sous réserve de la décision de la commission

À accomplir le semestre de

novembre 20..... à avril 20.....

mai 20..... à octobre 20.....

Dans la subdivision de :

Date :

Cachet :

Signature :