

UFR MEDECINE – Service scolarité 3^{eme} cycle
28, Avenue de Valombrose 06107 Nice cedex 2
medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr

AGREMENT : CHANGEMENT DE CHEFFERIE

CENTRE HOSPITALIER DE :

OU

NOM DE L'ETABLISSEMENT ou de la STRUCTURE DE SOINS ou de PREVENTION :

INTITULÉ DU SERVICE :

SPECIALITÉ (DES) pour laquelle l'agrément était demandé :

NOM DE L'ANCIEN CHEF DE SERVICE :

NOM DU NOUVEAU CHEF DE SERVICE :

Courriel du Chef de service :

Pour rappel, Agrément(s) demandé(s) pour :

- Phase socle
 - Phase d'approfondissement
 - Phase de consolidation
 - FST (Formation Spécialisée Transversale) : préciser laquelle :
-

En ma qualité de nouveau chef de service, je confirme que la structuration du service (organisation, encadrement, activité de soins, formation générale et recherche) telle que décrite lors de la demande d'agrément au nom du chef de service que je remplace est identique et permet donc d'accueillir les internes conformément à la réglementation.

Fait le

Nom et signature du chef de service (tampon)

Cadre réservé à l'administration.

Avis du coordonnateur du DES de :

ou de la FST de :

Avis favorable

Avis défavorable (*à motiver obligatoirement ci-dessous*)

Fait le

Nom et signature du coordonnateur (tampon) :