

Service Scolarité 3^{ème} cycle
medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr
04.89.15.34.39 – Manon DEROLEZ

MÉDECINE GÉNÉRALE

DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE (*Cocher l'objet de la demande*)

HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)

HORS REGION

PROCEDURE DE DEMANDE

Pour réaliser un stage hors subdivision d'origine, l'interne doit adresser un dossier de demande de stage **quatre mois** avant le début du stage concerné, pour accord, au directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine (**Doyen**)

POUR LES DEMANDES DE STAGES DANS LES DOM-TOM

Il convient de s'adresser EN PREMIER à :

L'Université Bordeaux 2 Victor Segalen
Département DOM-TOM
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex
hsdomtom@u-bordeaux.fr
secretariat.dom-tom@u-bordeaux.fr
05 57 57 10 31 ou 05 57 57 10 29



IMPORTANT

Votre stage ne se déroulera pas forcément dans le cabinet médical souhaité. En effet, pour un stage de médecine générale, la répartition se fait en fonction du rang de classement ECN/EDN de chacun et une fois que les internes niçois se sont positionnés.

DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE


L'interne doit établir un dossier de demande de stage.

Ce dossier comporte :

- Un CV complet
- Un projet de stage (= lettre de motivation)
- Un projet pédagogique cosigné par le service d'accueil
- Les avis :
 - du chef de service d'accueil & de l'organisme d'accueil (Annexe 1)
 - de la commission locale de la spécialité (Annexe 2)
 - du Doyen de l'UFR d'origine (Annexe 3)

Vous devrez également joindre à ce dossier :

- l'avis des affaires médicales du CHU : à demander à Mme ZEKRI-OUIDDIR : zekri-ouiddir.c@chu-nice.fr

 ***L'annexe 3 concernant l'avis du Doyen doit être complétée par vos soins et déposée sur Framiforms avec toutes les autres pièces. Le Doyen la signera à la suite de la commission.***

DEPOT DES DOSSIERS

Le dossier **complet** de demande de stage devra **IMPERATIVEMENT** être complété sur [Framiforms](#).

Aux dates suivantes :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Du 15 avril au 30 mai pour le semestre d'hiver (novembre à avril)- Du 2 novembre au 31 décembre pour le semestre d'été (mai à octobre) |
|---|

Passé ce délai, aucune demande ne sera acceptée

Pour toutes questions :

Faculté de Médecine
Service scolarité 3^{ème} cycle
medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr

PROJET PEDAGOGIQUE

ANNEXE 1

DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE (*Cocher l'objet de la demande*)

HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)

HORS REGION

NOM :

Prénom :

Interne inscrit(e) au D.E.S de :

En cours duème semestre d'internat de :

Année ECN / EDN :

Pour accomplir un semestre d'internat de :

NOVEMBRE 20..... à AVRIL 20.....

OU

MAI 20.... à OCTOBRE 20.....

AVIS DU DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Je, soussigné(e) :

.....

Directeur de l'établissement :

.....

Avis favorable

Avis défavorable (motif) :

.....

Date :

Signature et Cachet :

AVIS DU CHEF DE SERVICE OU POLE D'ACCUEIL

Je, soussigné(e) :

.....

Chef de service de :

.....

EMAIL OBLIGATOIRE :

.....

Avis favorable

Avis défavorable (motif) :

.....

Date :

Signature et Cachet :

ANNEXE 2

DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE (Cocher l'objet de la demande)

HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)

HORS REGION

NOM :

Prénom :

Interne inscrit(e) au D.E.S de :

En cours duème semestre d'internat de :

Pour accomplir un semestre d'internat de :

NOVEMBRE 20..... à AVRIL 20.....

OU

MAI 20.... à OCTOBRE 20.....

AVIS DU COORDONNATEUR DE VOTRE SUBDIVISION

Je, soussigné(e) :

.....

Directeur de l'établissement :

.....

EMAIL OBLIGATOIRE :

.....

Avis favorable

Avis défavorable (motif) :

.....

Date :

Signature et Cachet :

AVIS DU COORDONNATEUR DE LA SUBDIVISION D'ACCUEIL

Je, soussigné(e) :

.....

Chef de service de :

.....

EMAIL OBLIGATOIRE :

.....

Avis favorable

Avis défavorable (motif) :

.....

Date :

Signature et Cachet Pr DARMON :

ANNEXE 3

DOSSIER DE DEMANDE DE STAGE (Cocher l'objet de la demande)

HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)

HORS REGION

ENTRANT

AVIS DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LA SUBDIVISION D'ACCUEIL

NOM :

Prénom :

RESUME DU PROJET DE STAGE :

SUBDIVISION D'ORIGINE :

Spécialité :

Promo :

Rang :

Semestre demandé : 3 4 5 6 7 8

Phase Approfondissement Phase Consolidation

Pour accomplir un semestre d'internat de : NOVEMBRE 20..... à AVRIL 20..... Ou MAI 20..... à OCTOBRE 20.....

SUBDIVISION D'ACCUEIL :

Dans le service du Pr./Dr. ⁽¹⁾ :

Spécialité :

Nom du responsable :

Courriel OBLIGATOIRE :

Etablissement :

Je, soussigné(e) : Pr J. DELLAMONICA, doyen de l'UFR Médecine – Université Côte d'Azur

Donne un avis : Favorable

Défavorable

Motif :

Date : / /20.....

Signature et Cachet du Doyen de l'UFR Médecine de Nice