

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

SPÉCIALITÉS

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

☐ HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)

☐ HORS REGION

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)
- Les avis :
 - Du chef de service d'accueil ou pôle d'accueil (Annexe 1)
 - Du coordonnateur de votre spécialité de votre subdivision & de la subdivision d'origine (Annexe 2)
 - Du doyen de l'UFR d'origine (Annexe 3)
 - De la Direction des Affaires Médicales du CHU (à demander auprès de Mme ZEKRI-OUIDDIR : zekri-ouiddir.c@chu-nice.fr)



La fiche 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 :

- Du 2 mai au 30 juin 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

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 CHEF DE SERVICE OU POLE D'ACCUEIL

Je, soussigné(e) :

Directeur de l'établissement :

☐ **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 :

.....

Courriel :

.....

☐ Avis favorable

☐ Avis défavorable (motif) :

.....

Date :

Signature et Cachet :

AVIS DU COORDONNATEUR DE LA SUBDIVISION D'ACCUEIL

Je, soussigné(e) :

.....

Chef de service de :

.....

Courriel :

.....

☐ Avis favorable

☐ Avis défavorable (motif) :

.....

Date :

Signature et Cachet :

ATTENTION : Nous attirons votre attention sur le fait que votre avis est déterminant et qu'un nombre important de demandes d'internes de votre spécialité a un impact sur les effectifs de celle-ci.



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 :

Semestre demandé : ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12

☐ Phase Approfondissement

☐ Phase Consolidation ****A NOTER :** La candidature est de caractère exceptionnel pour la phase de consolidation et doit répondre impérativement à la maquette accompagnée d'un projet professionnel*

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 :

Mail 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