

INTERNES ENTRANTS DANS NOTRE SUBDIVISION

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

Ce dossier comporte :

- Un CV complet
- Un projet de stage (= lettre de motivation)
- Les avis :
 - Du chef de service d'accueil (Annexe 1)
 - Du coordonnateur de votre subdivision et de la subdivision d'accueil (Annexe 2)
 - Du Doyen de l'UFR d'origine (Annexe 3)

Vous devez également joindre à ce dossier les documents suivants :

- Avis des affaires médicales du CHU de Nice à demander à Mme ZEKRI-OUIDDIR : zekri-ouiddir.c@chu-nice.fr

DEPOT DES DOSSIERS

Le dossier **complet** de demande de stage devra **IMPERATIVEMENT** être déposé sur [Framaforms](https://framaforms.org).

La fiche concernant l'avis du Doyen doit être complétée par vos soins et déposée sur Framafoms avec toutes les autres pièces. Le Doyen la signera à la suite de la commission.

Au plus tard :

- 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

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