

INTERNES SORTANT DANS NOTRE SUBDIVISION

Service Scolarité 3^{ème} cycle
medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr
04.89.15.34.38 ou 39

SPÉCIALITÉS

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

- ☐ HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)
- ☐ HORS REGION
- ☐ STAGE EN DOM-TOM
- ☐ STAGE A L'ETRANGER
- ☐ **STAGE A MONACO**

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 – PACIFIQUE SUD

Il convient de s'adresser EN PREMIER à :

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

ATTENTION

LES STAGES A MONACO SONT CONSIDERES COMME DES STAGES A L'ETRANGER. VOUS DEVEZ DEPOSER UN DOSSIER DE CANDIDATURE COMME POUR UN AUTRE STAGE HORS SUBDIVISION.



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 & de l'organisme d'accueil (Annexe 1)
 - Du coordonnateur de votre spécialité (Annexe 2)
 - De la commission locale de la spécialité (Annexe 2 Bis)
 - Du Doyen de l'UFR d'origine (Annexe 3)



Pour les stages en phase consolidation, les candidatures sont à titre dérogatoires. Il est nécessaire de fournir un projet professionnel dans votre lettre de motivation.

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 déposé sur [Framiforms](#).

Au plus tard :

- 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

Un exemplaire complet sera également à adresser à la subdivision d'accueil dans les délais prévus par la subdivision concernée.

Pour toutes questions :

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



ANNEXE 1

AVIS DU DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL ET DU CHEF DE SERVICE D'ACCUEIL

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

- ☐ HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)
☐ HORS REGION
☐ STAGE EN DOM-TOM
☐ STAGE A L'ETRANGER
☐ **STAGE A MONACO**

NOM :

Prénom :

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

En cours duème semestre d'internat de (préciser la spécialité) :

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 :

.....

COURRIEL OBLIGATOIRE :

.....

☐ Avis favorable

☐ Avis défavorable (motif) :

.....

Date :

Signature et Cachet :

À L'ATTENTION DES COORDONNATEURS GRILLE POUR AVIS STAGE HORS SUBDIVISION ANNEXE 2

A TRANSMETTRE A VOTRE COORDONNATEUR LORS DE VOTRE DEMANDE DE STAGE

Le stage demandé par l'interne entrainera-t-il un sous-effectif dans la spécialité	Oui ou Non	
Le stage envisagé est dans un service inexistant à Nice	Oui ou Non	Si oui, merci de préciser :
Le service dans lequel le stage est envisagé possède du matériel inexistant à Nice	Oui ou Non	Si oui, merci de préciser :
Ce stage apporte-t-il une plus-value à la formation de l'interne	Oui ou Non	Si oui, merci de préciser :
Ce stage va t'il permettre le développement personnel d'une compétence en rapport avec sa formation	Oui ou Non	Si oui, laquelle :
Ce stage s'intègre-t-il dans un axe de travail en lien avec le projet de l'institution	Oui ou Non	Si oui, laquelle :
La lettre de motivation décrit-elle le projet de l'interne	Oui ou non	

Avis du coordonnateur du DES de

Fait à Nice, le

☐

Avis favorable

☐

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

Signature :



ANNEXE 2 BIS

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE D'ORIGINE

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

- ☐ HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)
- ☐ HORS REGION
- ☐ STAGE EN DOM-TOM
- ☐ STAGE A L'ETRANGER
- ☐ **STAGE A MONACO**

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

NOM :

Prénom :

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

En cours duème semestre d'internat de (préciser la spécialité) :

Pour accomplir un semestre d'internat de :

☐ NOVEMBRE 20..... à AVRIL 20.....

OU

☐ MAI 20.... à OCTOBRE 20.....

Dans la subdivision de :

La commission locale réunit en date du :

Donne un avis

☐ **Avis favorable**

☐ **Avis défavorable**

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.

(Motif) :

.....

Date :

Signature et Cachet du coordonnateur du DES :

ANNEXE 3 – AVIS DU DOYEN UFR D'ORIGINE

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

- ☐ HORS SUBDIVISION (DANS LA REGION)
☐ HORS REGION
☐ STAGE EN DOM-TOM
☐ STAGE A L'ETRANGER
☐ **STAGE A MONACO**

☐ ENTRANT

☐ SORTANT

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

NOM :

Prénom :

RESUME DU PROJET DE STAGE :

SUBDIVISION D'ORIGINE :

Spécialité :

Promo :

Semestre demandé : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 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 :

Courriel OBLIGATOIRE :

Etablissement :

Je, soussigné(e) : Pr Jean 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