

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
- 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

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)

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
- Une attestation certifiant que votre futur terrain de stage est agréé pour recevoir des internes : à demander à la faculté d'accueil ou à l'ARS de la subdivision concernée

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



DEPOT DES DOSSIERS

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

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 :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- 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 réunie 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 : 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