

INTERNES SORTANT
DANS NOTRE SUBDIVISION

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

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

Il convient de s'adresser d'abord à :

L'Université Bordeaux 2 Victor Segalen
Département DOM-TOM
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex
05.57.57.10.29

ATTENTION

POUR LES DEMANDES DE STAGES A MONACO

**L'INTERNE DOIT OBLIGATOIREMENT MANIFESTER AUPRES DE LA
SCOLARITE SON INTENTION DE PARTIR EN STAGE.**

**POUR CELA IL DOIT COMPLETER ET ENVOYER L'ANNEXE 2 ET 3 A :
medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr**

**L'ANNEXE 1 SERA ENSUITE A RETOURNER DÈS
ACCEPTATION PAR LE LIEU D'ACCUEIL DE STAGE.**



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)
 - de la commission locale de la spécialité (Annexe 2)
 - du Doyen de l'UFR d'origine (Annexe 3)



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](#).

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

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 :

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
☐ 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 :

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

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 :

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