

UFR MEDECINE
28, avenue de Valombrose - 06107 NICE CEDEX 2

Service Scolarité 3^{ème} cycle

Médecine générale et autres spécialités

Référente :
Marine GIACCHERO
marine.giacchero@univ-cotedazur.fr
☎ 04.89.15.34.39

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 :
marine.giacchero@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 une fois tous les autres avis récoltés. Le dossier complet est à envoyer à la scolarité du 3^{ème} cycle uniquement par mail à (marine.giacchero@univ-cotedazur.fr), elle se chargera ensuite de l'avis du Doyen.

DEPOT DES DOSSIERS

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

Au plus tard :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- le 31 mai pour le semestre d'hiver- le 30 novembre pour le semestre d'été |
|--|

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
Mme GIACCHERO
marine.giacchero@univ-cotedazur.fr

sco-med3@unice.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**

(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

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 P. BAQUE

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
(sous réserve de l'avis de la commission)