

## **FORMULAIRE D'AGREMENT**

### **Changement de Responsable de terrain de stage**

Cette fiche d'information ne concerne que le domaine de la spécialité pour laquelle l'agrément est demandé.

Pour chaque agrément et chaque phase, un questionnaire doit être soumis.

Lorsque vous renouvez l'agrément principal du service, chaque agrément complémentaire doit faire également l'objet d'une demande de renouvellement sinon l'agrément sera perdu.

Seuls, les dossiers complets feront l'objet d'un passage en commission.

Contact : [medecine.agrement.contact@univ-cotedazur.fr](mailto:medecine.agrement.contact@univ-cotedazur.fr)

#### **IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT**

Nature : ☐ CHU ☐ CH ☐ ESPIC ☐ Etablissement privé autre que d'intérêt collectif  
☐ Autre (préciser : .....)

Nom : .....

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code postale / commune : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

(merci de renseigner les affaires médicales)

#### **IDENTIFICATION DU SERVICE**

Intitulé du Service : .....

Numéro OPPI (si connu) : .....

Nom de l'ancien Responsable du terrain de stage : .....

Nom du Responsable du terrain de stage qui sera agréé : .....

Courriel du Responsable du terrain de stage : .....

Téléphone du Responsable du terrain de stage : .....

#### **AGREMENT DEMANDE**

Spécialité pour laquelle l'agrément est demandé : .....

Agrément demandé à titre : ☐ Principal ☐ Complémentaire

Phase demandée (une seule réponse au choix) : ☐ P1 (Phase socle)  
☐ P2 (Phase d'approfondissement)  
☐ P3 (Phase de consolidation)

☐ FST (Formation Spécialisée Transversale) : .....

☐ Option : .....

**1. PROJET PEDAGOGIQUE spécifique de la spécialité pour lequel l'agrément est demandé (nombre de pages illimité)**

.....

En ma qualité de nouveau responsable de terrain de stage, je confirme que la structuration du service (organisation, encadrement, activité de soins, formation générale et recherche) telle que décrite lors de la demande d'agrément au nom du responsable de terrain de stage que je remplace est identique et permet donc d'accueillir les internes conformément à la réglementation.

10. Fait le .../.../..... Nom et signature du chef de service  
ou du responsable de la structure d'accueil (tampon) :

## 11. CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Nom du Coordonnateur du DES / FST / Option: .....

Avis : ☐ Favorable ☐ Défavorable (à motiver obligatoirement ci-dessous)

.....

.....

Fait le .../.../..... Signature du coordonnateur (tampon) :