

Demande de changement définitif de spécialité "droit au remords"

DOCUMENT A RENVOYER A LA SCOLARITE DU 3^{ème} CYCLE medecine.scolarite.cycle3@univ-cotedazur.fr
**ACCOMPAGNE D'UN COURRIER A L'ATTENTION DU DOYEN EXPLICANT LE MOTIF DE CETTE DEMANDE AVANT LE
 15 JANVIER POUR LE SEMESTRE DE MAI ET LE 15 JUILLET POUR LE SEMESTRE DE NOVEMBRE**

NOM : PRÉNOM :
 N° DE TÉLÉPHONE : ADRESSE COURRIEL :
 ANNÉE ECN / EDN :
 CLASSEMENT AU CONCOURS ECN :
 CLASSEMENT TRANSFORMÉ AU CONCOURS EDN :

DES / DISCIPLINE ACTUELLE :
 PHASE SOCLE VALIDÉE : OUI NON

DES / DISCIPLINE DEMANDE : **A PARTIR DU SEMESTRE :**

SEMESTRES ACCOMPLIS (y compris semestre en cours)	Décision du coordonnateur de la spécialité souhaitée sur la validation du semestre
---------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

DATES	ETABLISSEMENTS	SERVICES	CHEFS DE SERVICE	Stage validé phase socle spécialité demandée	Stage validé phase d'approfondissement spécialité demandée

Date :

Signature de l'interne :

Dernier rang classement ECN / EDN spécialité demandée :

AVIS du Coordonnateur de la discipline d'accueil (à faire signer par l'interne) :	
FAVORABLE	<input type="checkbox"/>
DEFAVORABLE (à justifier)	<input type="checkbox"/>
Fait à Nice, le	

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION	
AVIS de l'Agence Régionale de Santé PACA :	
FAVORABLE	<input type="checkbox"/>
DEFAVORABLE (à justifier)	<input type="checkbox"/>
Fait à Marseille, le	

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION	
AVIS DU DOYEN UFR Médecine de Nice :	
FAVORABLE	<input type="checkbox"/>
DEFAVORABLE (à justifier)	<input type="checkbox"/>
Fait à Nice, le	