

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 EXPIQUANT 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 ☐
 DEFAVORABLE (à justifier) ☐

Fait à Nice, le

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

**AVIS de l'Agence Régionale de Santé
PACA :**

FAVORABLE ☐
 DEFAVORABLE (à justifier) ☐

Fait à Marseille, le

CADRE RESERVÉ À L'ADMINISTRATION

AVIS DU DOYEN UFR Médecine de Nice :

FAVORABLE ☐
 DEFAVORABLE (à justifier) ☐

Fait à Nice, le