

Dossier à retourner à :	Département de 3 ^{ème} cycle Médecine Spécialisée Université de Bordeaux 146, rue Léo Saignat – case 148 33 076 BORDEAUX CEDEX Contact : 05.57.57.56.76 e-mail : stephanie.martin@u-bordeaux.fr
Avant le :	15 novembre pour le semestre de mai 15 mai pour le semestre de novembre

DOSSIER DE CANDIDATURE
STAGE HORS SUBDIVISION
(Nouvelle réforme)

NOM – PRENOM – NOM D'EPOUSE

DATE et LIEU DE NAISSANCE

N°SECURITE SOCIALE

ADRESSE PERSONNELLE

TELEPHONE PERSONNEL

E-MAIL

SUBDIVISION D'ORIGINE

PROMOTION D'INTERNAT

DES D'INSCRIPTION

FST / OPTION

ANCIENNETE DE FONCTION
 (Nombre de stages validés au moment du choix)

PERIODE SOUHAITEE	SUBDIVISION DEMANDEE
☐ novembre 20..... à avril 20..... ☐ mai 20..... à octobre 20.....	Établissement : Service : Nom du chef de service : Adresse mail :

Date :
 Signature :

Cadre réservé à l'administration

Décision de la commission
☐ favorable ☐ défavorable, motif :

ANNEXE 1

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

LETTRE DE MOTIVATION COMPRENANT LE PROJET DE STAGE*

ANNEXE 1

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

LETTRE DE MOTIVATION COMPRENANT LE PROJET DE STAGE*

ANNEXE 1

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

LETTRE DE MOTIVATION COMPRENANT LE PROJET DE STAGE*

* peut être faite sur papier libre

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical margin lines, and the paper is completely blank except for the lines.

Date : _____

Signature :

ANNEXE 2

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

RELEVÉ DE STAGES D'INTERNAT*

*Document édité par le service de scolarité de l'Université d'origine

ANNEXE 3

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL DU SERVICE D'ACCUEIL

Je soussigné(e)

Chef du Service

Adresse mail du chef de service (obligatoire)

Établissement

Donne mon accord à

Interne inscrit(e) dans la spécialité

Afin de l'accueillir dans mon service durant le semestre de

☐ novembre 20..... à avril 20.....

☐ mai 20..... à octobre 20.....

Date :

Signature :

ANNEXE 4

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT OU ORGANISME D'ACCUEIL

Je soussigné(e)

Directeur du (nom de l'Établissement)

Autorise M

Interne inscrit(e) dans la spécialité

À accomplir dans mon Établissement, **sous réserve de la décision de la commission ad'hoc**,
le semestre de

☐ novembre 20..... à avril 20.....

☐ mai 20..... à octobre 20.....

Service :

Auprès de M
(Nom du Chef de Service)

L' interne/ Docteur Junior en stage hors subdivision, affecté dans un établissement public de santé de la subdivision de Bordeaux, est astreint aux obligations de service et à la permanence des soins (gardes ou astreintes) à hauteur de ce qui est défini pour les autres internes au sein de la structure dans laquelle il effectue son stage.

Les éléments de rémunération restent à la charge du C.H.U de rattachement

Date :

Cachet :

Signature :

ANNEXE 5

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE DE LA SPECIALITE (COORDONNATEUR ORIGINE)

Je soussigné(e)

Coordonnateur local du D.E.S. de.....

Autorise M

Régulièrement inscrit(e) dans la spécialité que je coordonne

À accomplir le semestre de

☐ **novembre 20..... à avril 20.....**

☐ **mai 20..... à octobre 20.....**

Dans la subdivision de :

Date :

Cachet :

Signature :

ANNEXE 6

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE DE LA SPECIALITE (COORDONNATEUR ACCUEIL)

Je soussigné(e)

Coordonnateur local du D.E.S. de.....

Autorise M

Régulièrement inscrit(e) dans la spécialité que je coordonne

À accomplir le semestre de

☐ **novembre 20..... à avril 20.....**

☐ **mai 20..... à octobre 20.....**

Dans la subdivision de :

Date :

Cachet :

Signature :

ANNEXE 7

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R.
SCIENCES MEDICALES DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE**

Je soussigné.....

Directeur de l'U.F.R. de Médecine de

Autorise M

Cochez la case correspondante :

☐ Avis définitif

Ou

☐ Avis sous réserve de la décision de la commission

À accomplir le semestre de

☐ **novembre 20..... à avril 20.....**

☐ **mai 20..... à octobre 20.....**

Dans la subdivision de :

Date :

Cachet :

Signature :

ANNEXE 8

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R.
SCIENCES MEDICALES DE LA SUBDIVISION D'ACCUEIL**

Je soussigné.....

Directeur de l'U.F.R. de Médecine de

Autorise M

Cochez la case correspondante :

☐ Avis définitif

Ou

☐ Avis sous réserve de la décision de la commission

À accomplir le semestre de

☐ **novembre 20..... à avril 20.....**

☐ **mai 20..... à octobre 20.....**

Dans la subdivision de :

Date :

Cachet :

Signature :