

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

CANDIDATURE

Prénom :

Nom :

Epouse :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse personnelle :

Téléphone :

Adresse mail :

Subdivision d'origine :

Date du concours :

Discipline d'affectation :

DES :

Ancienneté de fonctions :
(nombre de semestres validés au moment du choix)

Période souhaitée :

Mai à novembre 20..

Novembre à mai 20..

Subdivision demandée :

Etablissement :

Service :

Chef de service

Direction Générale
Direction des Affaires Médicales



DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

ACCORD DU DIRECTEUR DU CHU D'ORIGINE

Le Directeur Général des donne un avis favorable à :

M....., interne en du CHU de
.....

pour accomplir un semestre d'internat de mai à novembre (année) : 2....
De novembre à mai (année) : 2....

dans le service :

Etablissement :

Le CHU de s'engage à prendre en charge la rémunération principale de l'intéressé(e) pendant la durée de ce stage sous réserve de l'avis favorable de la Commission des Stages inter-chu

A....., Le.....

Le Directeur Général,

Dossier à retourner complet à l'adresse suivante avant le 30 octobre ou 30 avril :
Hospices Civils de Lyon – Direction des Affaires Médicales – Mme DEMURE - 3 Quai des Célestins
- B.P. 2251 - 69229 LYON Cedex 02 - Téléphone : 04 72 40 73 65 – Télécopie : 04 72 40 73 62
E.Mail : florence.demure@chu-lyon.fr

Direction Générale
Direction des Affaires Médicales



DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

ACCORD DU DIRECTEUR DU CHU D'ACCUEIL

Le Directeur Général des Hospices Civils de Lyon donne un avis favorable à :

M, interne en au CHU de
pour accomplir un semestre d'internat de mai à novembre
de novembre à mai

dans le service de

Etablissement :

Sous réserve d'un seul interne en inter chu dans le service, et de rémunération par le CHU d'origine de l'interne

Lyon, le

Le Directeur Général

Dossier à retourner complet avant le 30 octobre ou 30 avril :
Hospices Civils de Lyon – Direction des Affaires Médicales – Mme DEMURE - 3 quai des Célestins
- B.P. 2251 - 69229 LYON Cedex 02 Téléphone : 04 72 40 73 65 -Télécopie : 04 72 40 73 62
E.Mail : florence.demure@chu-lyon.fr

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

AVIS DU CHEF DE SERVICE DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Prénom :

Nom :

Chef du service :

Etablissement :

Subdivision de :

Téléphone :

Mail :

Donne un avis favorable à pour accueillir dans mon service :

Prénom :

Nom :

Inscrit dans le DES de :

Pour accomplir un semestre d'internat pour la période de

Mai à novembre 20..

Novembre à mai 20..

Fait à :

le :

Signature :

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

**AVIS DU COORDONATEUR INTERREGIONAL DE LA CIRCONSCRIPTION
D'ORIGINE**

Prénom :

Nom :

Coordonnateur du DES de :

Subdivision de :

Téléphone :

Mail :

Donne un avis favorable à :

Prénom :

Nom :

Pour accomplir un semestre d'internat pour la période de

- Mai à novembre 20..
- Novembre à mai 20..

Dans la subdivision de :
(pour les internes en médecine)

Dans la circonscription de :
(pour les internes en pharmacie) :

Motifs de formation :

Fait à :

le :

Signature :

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

**AVIS DU COORDONATEUR INTERREGIONAL DE LA CIRCONSCRIPTION
D'ACCUEIL**

Prénom :

Nom :

Coordonnateur du DES de :

Subdivision de :

Téléphone :

Mail :

Donne un avis favorable à :

Prénom :

Nom :

Pour accomplir un semestre d'internat pour la période de

Mai à novembre 20..

Novembre à mai 20..

Dans la subdivision de :
(pour les internes en médecine)

Dans la circonscription de :
(pour les internes en pharmacie) :

Fait à :

le :

Signature :

Nb : pour les internes en médecine de Lyon, Grenoble et Saint Etienne qui demandent un stage dans l'une des subdivisions de la région Rhône-Alpes, cette annexe n'est pas à compléter

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

AVIS DU DIRECTEUR DE L'UFR D'ORIGINE

Prénom :

Nom :

Directeur de l'UFR de :

Médecine

Pharmacie

Subdivision de :

Téléphone :

Mail :

Donne un avis favorable à :

Prénom :

Nom :

Interne inscrit dans le DES de :

Pour accomplir un semestre d'internat pour la période de

Mai à novembre 20..

Novembre à mai 20..

Dans la subdivision de :
(pour les internes en médecine)

Dans la circonscription de :
(pour les internes en pharmacie) :

Fait à :

le :

Signature :

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

AVIS DU DIRECTEUR DE L'UFR D'ACCUEIL

Prénom :

Nom :

Doyen de l'UFR de :

Médecine

Pharmacie

Subdivision de :

Téléphone :

Mail :

Donne un avis favorable à :

Prénom :

Nom :

Interne inscrit dans le DES de :

Pour accomplir un semestre d'internat pour la période de

Mai à novembre 20..

Novembre à mai 20..

Dans la subdivision de :
(pour les internes en médecine)

Dans la circonscription de :
(pour les internes en pharmacie) :

Fait à :

le :

Signature :

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

AVIS DE LA DRASS D'ORIGINE

Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de la région de :

Donne un avis favorable à :

Prénom :

Nom :

Interne inscrit dans le DES de :

Affecté dans la subdivision de :

Pour accomplir un semestre d'internat pour la période de

- Mai à novembre 20..
- Novembre à mai 20..

Dans le service de

chef de service :

Etablissement :

Fait à :

le :

Signature :

NB : pour les internes de médecine de Lyon, Grenoble, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand qui demandent un stage dans l'une des subdivisions de la région Rhône-Alpes, cette demande n'est pas à compléter

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

AVIS DE LA DRASS D'ACCUEIL

Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de la région de :

Donne un avis favorable à :

Prénom :

Nom :

Interne inscrit dans le DES de :

Affecté dans la subdivision de :

Pour accomplir un semestre d'internat pour la période de

- Mai à novembre 20..
- Novembre à mai 20..

Dans le service de

chef de service :

Etablissement :

Fait à :

le :

Signature :

NB : pour les internes de médecine de Lyon, Grenoble, Saint-Etienne et Clermont-Ferrand qui demandent un stage dans l'une des subdivisions de la région Rhône-Alpes, cette demande n'est pas à compléter

ANTERIORITE INTERCHU

Prénom :

Nom :

Nombre d'inter-chu déjà effectués :

semestres :

Nombre d'inter-chu demandés et refusés :

semestres :