

## **Internats de médecine et de pharmacie**

### **Subdivisions de Nantes & d'Angers**

## **Dossier de demande de stage hors-subdivision**

### **Vos contacts à l'ARS des Pays de la Loire :**

Internat de médecine de Nantes :

Mme Laurence GRAVELEAU

Courriel : [laurence.graveleau@ars.sante.fr](mailto:laurence.graveleau@ars.sante.fr)

Tél. : 02.49.10.40.75

Internat de médecine d'Angers :

Mme Andrée MONTALESCOT

Courriel : [andree.montalescot@ars.sante.fr](mailto:andree.montalescot@ars.sante.fr)

Tél. : 02.49.10.41.42

Internat de pharmacie des Pays de la Loire :

Mme Michèle MONSEAU

Courriel : [michele.monseau@ars.sante.fr](mailto:michele.monseau@ars.sante.fr)

Tél. : 02.49.10.42.57

### **Texte de référence :**

Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, l'organisation, au déroulement et à la validation des stages étudiants en troisième cycle des études médicales. *TITRE II – Chapitre III – Section 3 : Stages hors subdivision*

# DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION (interCHU)

## 1 - Les conditions :

Les internes et les résidents peuvent demander à réaliser trois stages dans une subdivision autre que celle dans laquelle ils ont été affectés, de préférence au sein de l'interrégion d'origine. Les stages effectués à l'Ecole des hautes études en santé publique sont considérés comme des stages hors subdivision, sauf pour les internes de santé publique.

Le choix d'un stage hors subdivision exige au préalable, au sein de la subdivision d'origine, la validation de deux stages.

Ce dossier doit être adressé pour accord, **quatre mois avant le début du stage concerné**, au directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine (doyen).

## 2 - Le dossier de demande de stage hors subdivision

Le dossier doit comporter les pièces suivantes :

1. une lettre de demande ;
2. un projet de stage ;
3. l'avis du coordonnateur interrégional du diplôme d'études spécialisées d'origine ;
4. l'avis du coordonnateur local du diplôme d'études spécialisées d'origine concerné ;
5. l'avis du responsable médical du lieu de stage agréé ou du praticien agréé-maître de stage d'accueil ;
6. l'avis du directeur de l'établissement hospitalier ou de l'organisme d'accueil.

Le directeur de l'unité de formation et de recherche donne son accord pour la réalisation de ce stage **après consultation des représentants de l'agence régionale de santé, du centre hospitalier universitaire de rattachement et des internes.**

Le directeur de l'unité de formation et de recherche transmet une copie de sa décision :

- au directeur général de l'agence régionale de santé de rattachement ;
- au directeur général de l'agence régionale de santé d'accueil ;
- au directeur général du centre hospitalier universitaire de rattachement de l'interne ;

pour l'établissement d'une convention portant sur les modalités d'accueil de l'interne hors subdivision.

## 3 - Le dépôt des dossiers

Le **dossier complet** de demande de stage hors subdivision doit être adressé au directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine (doyen) de la subdivision d'origine, au plus tard :

- le 31 mars pour le semestre de novembre à avril
- le 30 septembre pour le semestre de mai à octobre

**Un exemplaire complet est également adressé à la subdivision d'accueil dans les délais prévus par la subdivision concernée.**

Pour les demandes de stages dans les DOM-TOM, les candidats devront se rendre sur le site Internet de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2, à l'adresse suivante :

[http://www.u-bordeaux2.fr/N-00-/0/fiche\\_defaultstructureksup/](http://www.u-bordeaux2.fr/N-00-/0/fiche_defaultstructureksup/)

Pour tout renseignement complémentaire :

Université Bordeaux Segalen

Département DOM-TOM

146 rue Léo Saignat

33076 Bordeaux Cedex

Tél. : 05.57.57.10.29

Assurez-vous d'avoir connaissance du calendrier de Bordeaux au moment de constituer votre dossier.

# Demande de stage hors subdivision

## DOSSIER DE CANDIDATURE

NOM DE FAMILLE	_____
NOM D'ÉPOUSE	_____
PRENOM	_____
Date de naissance	_____
Lieu de naissance	_____
Adresse	_____ _____ _____
SUBDIVISION D'ORIGINE	_____
Année de concours	_____
Rang de classement	_____
Discipline	_____
Inscription au D.E.S.	_____
Ancienneté de fonctions (nombre de semestres validés)	_____
SUBDIVISION D'ACCUEIL	_____
Période souhaitée de	mai à octobre 201. novembre 201. à avril 201. _____
Etablissement demandé	_____
Service demandé	_____

A : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé(e)

JOINDRE UNE LETTRE DE MOTIVATION PRESENTANT LE PROJET DE STAGE

## **DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION**

**Avis du chef de service dans lequel l'interne  
souhaite effectuer son ou ses semestres**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_

Chef de service de \_\_\_\_\_

Donne mon accord à \_\_\_\_\_

Je m'engage à n'accepter qu'un seul interne hors subdivision dans mon service.

Date :

Signature :

Pour accomplir ..... semestre(s) dans mon service

## SEMESTRES ACCOMPLIS DANS L'INTERREGION D'ORIGINE

(à remplir par le C.H.R d'origine)

Nom de l'interne \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

SEMESTRE	ETABLISSEMENT	NOM DU CHEF DE SERVICE	AGREMENTS DU
----------	---------------	------------------------	--------------



donne mon accord à \_\_\_\_\_

pour accomplir ..... semestre(s) de

mai à octobre 201.

novembre 201. à avril 201.

dans le service de \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

## DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

### AVIS DU DIRECTEUR GENERAL DU C.H.R. DE RATTACHEMENT

Je, soussigné \_\_\_\_\_

directeur général du CHR de \_\_\_\_\_

autorise \_\_\_\_\_

interne en (1) \_\_\_\_\_



à accomplir un semestre d'internat de \_\_\_\_\_ mai à octobre 201.  
novembre 201. à avril 201.

dans le service de (2) \_\_\_\_\_

et s'engage à prendre en charge la rémunération principale de l'intéressé (e) pendant la durée du stage

Date :

Signature :

1- préciser

2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

## **DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION**

### **ACCORD DU DIRECTEUR DE L'UFR DE LA REGION D'ACCUEIL**

Je, soussigné \_\_\_\_\_

doyen de la faculté de médecine de \_\_\_\_\_

autorise \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

interne en (1) \_\_\_\_\_

à accomplir ..... semestre (s) de mai à octobre 201.  
de novembre 201. / avril 201.

dans le service de (2) \_\_\_\_\_

préciser les motifs de formation \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date :

Signature :

- 1- préciser
- 2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

## DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

### ACCORD DU DIRECTEUR DE L'UFR DE LA REGION D'ORIGINE

Je, soussigné \_\_\_\_\_

doyen de la faculté de médecine de \_\_\_\_\_

autorise \_\_\_\_\_

interne en (1) \_\_\_\_\_

.....

à accomplir semestre (s) de mai à octobre 201.  
de novembre 201. / avril 201.

dans le service de (2) \_\_\_\_\_

préciser les motifs de formation

---

---

---

---

---

Date :

Signature

1- préciser

2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

## **DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION**

### **AVIS DU COORDONNATEUR DE L'INTERREGION D'ORIGINE**

Je, soussigné, \_\_\_\_\_

autorise \_\_\_\_\_

interne en (1) \_\_\_\_\_

à accomplir ..... semestre (s) de mai à octobre 201.

\_\_\_\_\_ de novembre 201. / avril 201. \_\_\_\_\_

dans le service de (2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ préciser les motifs de formation \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date :

Signature :

1- préciser

2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

## DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

### AVIS DU COORDONNATEUR DE L'INTERREGION D'ACCUEIL

Je, soussigné, \_\_\_\_\_

autorise \_\_\_\_\_

interne en (1) \_\_\_\_\_

à accomplir

..... semestre (s)

de mai à octobre 201.

de novembre 201. / avril 201. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

dans le service de (2) \_\_\_\_\_

préciser les motifs de formation

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date :

Signature :

1- préciser

2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

## DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION

### VISAS DE L'A.R.S. D'ACCUEIL ET DE L'A.R.S. D'ORIGINE

Je, soussigné \_\_\_\_\_  
directeur général de l'Agence Régionale de Santé

A.R.S. (ORIGINE) \_\_\_\_\_

A.R.S. (ACCUEIL) \_\_\_\_\_

Constate l'accord donné à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

affecté(e) dans la subdivision de \_\_\_\_\_

pour accomplir un semestre d'internat de mai à octobre 201.  
de novembre 201. / avril 201.

Nom du service \_\_\_\_\_

A.R.S. d'origine

A.R.S. d'accueil

Date :

Date :

Signature :

Signature