

**DOSSIER DE CANDIDATURE
STAGE HORS RÉGION
DOCTEUR JUNIOR**

Le dossier, le projet de stage et le CV sont à déposer :

- 1 A la scolarité du 3ème cycle : **Uniquement de manière dématérialisée**

Le lien est disponible sur le site de l'UFR
Médecine :

<https://www.univ-reims.fr/ufrmedecine/troisieme-cycle-internat/stage-interchu-surnombre-disponibilite-annee-recherche/stage-interchu-surnombre-disponibilite-annee-recherche,16034,27474.html>

- 2 Au bureau de l'internat :

**COMITE DES INTERNES DE REIMS
CHAMPAGNE-ARDENNE**

Internat du CHU Robert Debré Rue Alexis
Carrel 51092 REIMS Cedex

- 3 A la Direction des
Affaires Médicales du
C.H.U :

**DIRECTION DES AFFAIRES
MEDICALES DU CHU DE REIMS**

45 rue Cognacq Jay 51092 REIMS Cedex
etudemedicale_dam@chu-reims.fr

Date limites de dépôt de dossiers :

1er juin - Pour le semestre de novembre à mai

1er décembre - Pour le semestre de mai à novembre



**STAGE HORS RÉGION
DOCTEUR JUNIOR**

DOSSIER DE CANDIDATURE

NOM :

NOM d'épouse :

Prénom(s) :

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

D.E.S :

Année de l'ECNi :

Période demandée (ex : mai à novembre 2023) :

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Région demandée :

Nom de l'établissement : Service d'accueil :

Chef du Service d'accueil :

Date et signature de l'interne :

STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DE LA COMMISSION LOCALE

Je soussigné(e) _____, président de la commission locale du
DES _____, donne son **avis favorable** afin que le
dossier soit présenté et discuté lors de la prochaine commission des stages hors région de
docteur junior pour Mr/Mme _____ pour
le semestre de :

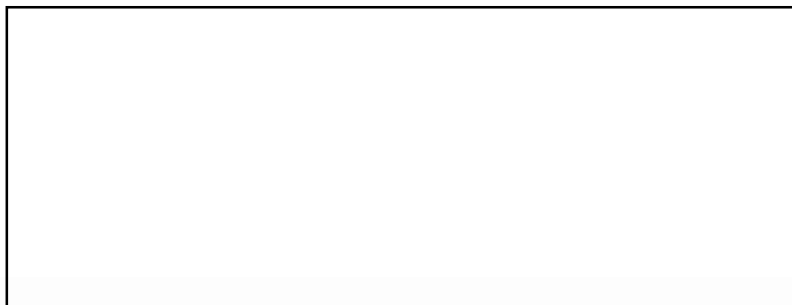
- **Novembre 20_ à Mai 20_**
- **Mai 20_ à Novembre 20_**

Dans le service du Dr/Pr _____

De l'établissement _____

*Sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission des stages hors
subdivision de l'UFR de Médecine de Reims*

Signature et cachet du président



STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL DU LIEU DE STAGE AGRÉE

Je soussigné(e) _____

Chef du service de _____

Emet un avis **favorable** / **défavorable** (*rayez la mention inutile*) à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne : _____

Inscrit en DES de : _____

D'accomplir, **dans mon établissement**, le semestre de :

- **Novembre 20__ à Mai 20__**
- **Mai 20__ à Novembre 20__**

*Sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission des stages hors
subdivision de l'UFR de Médecine de Reims*

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement: _____

Date, signature et cachet du Chef de Service d'accueil

**STAGE HORS RÉGION
DOCTEUR JUNIOR**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DU RESPONSABLE MEDICAL
DE LA QUALITE DE DOCTEUR JUNIOR DE L'INTERNE RECU**

Je soussigné(e) _____, chef du service
de _____,

dispose de l'agrément (n° _____) me permettant d'accueillir :

Mr/Mme _____ en qualité de
docteur junior au sein de mon service dans le cadre de sa **phase de consolidation** pour le
semestre de :

Novembre 20__ à Mai 20__

Mai 20__ à Novembre 20__

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement, _____

Signature et cachet du Chef de Service d'accueil

STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE(CHU)

Je soussigné(e) _____ Directeur de
l'Etablissement donne un avis **favorable** à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne : _____

Inscrit en DES de : _____
d'accomplir le semestre de :

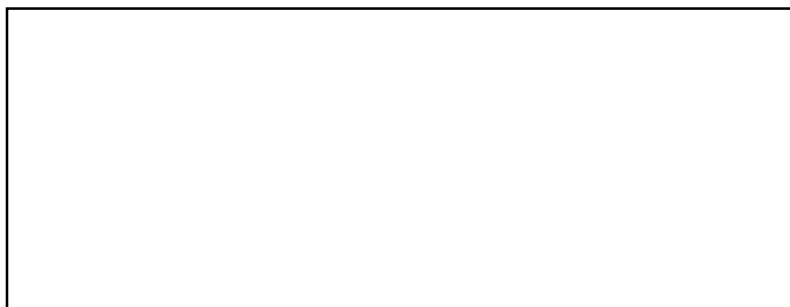
- Novembre 20__ à Mai 20__
- Mai 20__ à Novembre 20__

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement, _____

Cet accord concerne uniquement le dépôt de dossier et non le stage en lui-même

Date, signature et cachet du Directeur de l'établissement d'origine



STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Je soussigné(e)

Directeur de l'Etablissement _____

Emet un avis **favorable** / **défavorable** (*rayer la mention inutile*) à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne : _____

Inscrit en DES de : _____

D'accomplir, **dans mon établissement**, le semestre de :

- Novembre 20____ à Mai 20____
- Mai 20____ à Novembre 20____

Dans le service du Dr / Pr : _____

*Sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission des stages hors
subdivision de l'UFR de Médecine de Reims*

Signature et cachet du directeur de l'établissement d'accueil

STAGE HORS RÉGION DOCTEUR JUNIOR

AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R. DE MEDECINE DE REIMS

Je soussigné(e) **Professeur BEDNAREK-WEIRAUCH Nathalie** Doyen de l'U.F.R. de Médecine de Reims, donne son accord pour que, Mr/Mme _____, interne en _____ (DES d'origine) constitue un dossier qui sera examiné par la prochaine commission des stages hors région de docteur junior pour le semestre de :

- **Novembre 20_ à Mai 20_**
- **Mai 20_ à Novembre 20_**

Dans le service du Dr/Pr : _____

De l'établissement : _____

Cet accord concerne uniquement le dépôt de dossier et non le stage en lui-même

Signature et cachet du Directeur de l'U.F.R. de Médecine



*Pour obtenir l'accord du Doyen, merci de pré-remplir ce document et le transmettre à la scolarité du 3^{ème} cycle.

**STAGE HORS RÉGION
DOCTEUR JUNIOR**

Merci de joindre également votre C.V

LETTRÉ DE MOTIVATION EXPLIQUANT LE PROJET DE STAGE