

DEMANDE DE STAGE HORS DISCIPLINE

Le dossier complet doit impérativement être déposé à :

1) La scolarité du 3^{ème} Cycle de la Faculté de Médecine

Faculté de médecine de Reims
Scolarité du 3^{ème} Cycle
51 rue Cognacq Jay
51095 REIMS Cedex

2) Au bureau de l'Internat

Comité des internes de Reims Champagne-Ardenne
Internat du CHU Robert Debré
Rue Alexis Carrel
51092 REIMS Cedex

3) A la Direction des Affaires Médicales

Direction des Affaires Médicales du CHU de Reims
45 rue Cognacq Jay
51092 REIMS Cedex

Avant les dates suivantes :

- le **30 juin**, dernier délai, pour le semestre de novembre à mai
- le **1er février**, dernier délai, pour le semestre de mai à novembre



STAGE HORS DISCIPLINE

SEMESTRE

De à 20.....

NOM :

(Nom de jeune fille suivi du nom d'épouse)

Prénom :

@ :

Tél. :

Inscrit(e) au DES de

Inscrit(e) au DESC de

Nombre de semestres validés (*ex 7/8*) : ___/___

Souhaite effectuer un stage hors discipline dans la spécialité.....

Dans le service de du Dr / Pr

au Centre Hospitalier de

Sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission du 3^{ème} Cycle

Date et signature de l'interne :

STAGE HORS DISCIPLINE

Avis du Chef de Service d'accueil

Je soussigné(e) :

Chef du service de :

Au centre hospitalier de :

Emet un avis favorable, sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission du 3^{ème} Cycle, à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne :

D'accomplir, en tant qu'interne, le semestre deà20.... dans mon service.

Je souhaite que ce poste soit : (**raier la mention inutile**)

- Pris sur le quota d'interne de mon service
- En surnombre (1) (2)

Date, signature et cachet du Chef de Service :

(1) Justifier la demande en cas de surnombre :

(2) Date, cachet et signature de la Direction des Affaires Médicales :

STAGE HORS DISCIPLINE

Avis du Coordonnateur du DES d'origine

Je soussigné(e) :

Coordonnateur local du DES de

Emet un avis favorable, sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission
du 3^{ème} Cycle, à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne :

D'accomplir, en tant qu'interne, le semestre de à 20... dans le
service.....du Docteur/Professeur
au Centre Hospitalier de

**Date, signature et cachet
du Coordonnateur local du DES d'origine**

STAGE HORS DISCIPLINE

Avis du Coordonnateur du DES d'accueil

Je soussigné(e)

Coordonnateur local du DES de

Emet un avis favorable, sous réserve d'acceptation du dossier par la prochaine Commission
du 3^{ème} Cycle, à la demande de :

NOM / Prénom de l'interne :

D'accomplir, en tant qu'interne, le semestre de à 20....
dans le service du Docteur/Professeur au Centre
Hospitalier de

**Date, signature et cachet
du Coordonnateur local du DES d'accueil**