**REFERENCES LEGISLATIVES :**

*Procédure définie par le décret du 16 janvier 2004 modifié et les arrêtés du 22/09/2004 et 04/02/2011 : Les internes peuvent effectuer 3 stages hors subdivision, dont un au moins au sein de l’interrégion d’origine*

**CONDITIONS :**

Les internes doivent avoir validé 2 semestres d’internat, l’interne reste affecté au CHU d’origine

**DOSSIER DE CANDIDATURE :**

Les dossiers sont à retirer auprès du département de Pharmacie de la Faculté de Santé ; ils comportent 10 annexes

* une lettre de demande
* un projet de stage
* les avis : - du directeur du CHU d’origine

- du directeur du centre hospitalier d’accueil ainsi que celui du chef de service

d’accueil

- des deux coordonnateurs du DES concernés (interrégions d’origine et

d’accueil)

- du doyen de la faculté d’origine

- du doyen de la faculté d’accueil

* le relevé des stages validés

**Le dossier complet doit être adressé à**

Faculté de Santé –Département de Pharmacie

Scolarité DES Thèse – Agréments stages DES

Mme Mélanie BARBEDIENNE

35 chemin des maraîchers

31062 Toulouse cedex 09

**avant le 15 décembre pour le semestre de mai à novembre**

**avant le 15 mai pour le semestre de novembre à mai**

Une copie du dossier sera adressée à :

Hôtel Dieu Saint-Jacques – Direction des Affaires médicales – Rue Viguerie 31059 TOULOUSE

**Annexe 1**

**DOSSIER DE CANDIDATURE :**

Nom de naissance : ……………………. Nom d’usage : ………………………..

Prénoms : ………………………………..

Date de naissance : ……………………… Lieu de naissance : …………………….

Adresse du domicile : …………………….…………………….…………………….………

Téléphone : …………………….

Région d’origine : …………………….…………………….

Année du concours : …………………….

Rang de classement général dans la subdivision d’affectation : ……….

DES : ……………………. Option choisie : …………………….…

Ancienneté de fonctions : …………………….

(Nombre de semestres validés)

|  |
| --- |
| **PERIODE SOUHAITEE** |
| **novembre 20 à avril 20** **mai 20 à octobre 20**  |
| **SUBDIVISION DEMANDEE** |
| **Etablissement**  |
| **Service** |
| **Nom du chef de service** |

**Annexe 2**

|  |
| --- |
| **PROJET DE STAGE**ASPECTS PEDAGOGIQUE ET PROFESSIONNEL |
|  |

Date :

 Signature :

**Annexe 3**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |

**AVIS DU DIRECTEUR DU CHU DE TOULOUSE**

Je, soussigné(e)……………………………………………………………….

Directeur Général du CHU

Emet un avis favorable / défavorable à la demande de M……………………

D’accomplir en sa qualité d’interne de DES Pharmacie Hospitalière

 Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans le service de : …………………..

Etablissement : ……………………….

Date et signature du Directeur Général du CHU de Toulouse,

**Annexe 4**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |

**AVIS DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER D’ACCUEIL**

Je, soussigné(e)……………………………………………………………….

Directeur Général du CH

Emet un avis favorable / défavorable à la demande de M……………………

D’accomplir en sa qualité d’interne de DES Pharmacie Hospitalière :

 Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans le service de : …………………..

Etablissement : ……………………….

Spécialité ……………………………..

 Date et signature du Directeur Général du CH,

**Annexe 5**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |

**AVIS DU CHEF DE SERVICE DE L’ETABLISSEMENT D’ACCUEIL**

Je, soussigné(e)……………………………………………………………….

Chef de service de ……………………………………………………………

Emet un avis favorable / défavorable à la demande de M……………………

D’accomplir :

 Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans mon service

Date et signature du Chef de service,

**Annexe 6**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |

**AVIS DU COORDONNATEUR DE L’INTERREGION D’ACCUEIL**

Je, soussigné(e)……………………………………………………………….

Coordonnateur du DES de ……………………………………………………………

Emet un avis favorable / défavorable à la demande de M……………………

D’accomplir :

 Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans l’interrégion

Date et signature du Coordonnateur,

**Annexe 7**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |

**AVIS DU COORDONNATEUR DE L’INTERREGION D’ORIGINE**

Je, soussigné(e)……………………………………………………………….

Coordonnateur du DES de ……………………………………………………………

Emet un avis favorable / défavorable à la demande de M……………………

D’accomplir :

 Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans la subdivision de : ………………………….

Date et signature du coordonnateur,

**Annexe 8**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |

**AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE D’ACCUEIL**

Je, soussigné(e)………………………………………………………………..

Doyen du département des sciences pharmaceutiques de .…………………...

Donne un avis favorable à M………………………………………………….

Interne inscrit(e) au DES de …………………………………………………..

D’accomplir :

 Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans la subdivision de : ………………………….

Date et signature du Doyen,

**Annexe 9**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |

**AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE D’ORIGINE**

Je, soussigné(e)………………………………………………………………..

Doyen du département des sciences pharmaceutiques de Toulouse

Donne un avis favorable à M………………………………………………….

Interne inscrit(e) au DES de …………………………………………………..

D’accomplir :

 Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans la subdivision de : ………………………….

Date et signature du Doyen,