

**Dossier suivi par Martine Pons (05 62 25 68 07)**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

Procédure définie par le décret du 16 janvier 2004 modifié et les arrêté 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

Les internes doivent avoir validé :

* 2 semestres d’internat pour le DES de médecine générale
* 2 semestres d’internat pour le DES d’autres spécialités

Pendant la durée de ces stages :

* l’interne reste affecté au CHU d’origine

le dossier de demande doit être adressé 4 mois avant le début du stage au doyen de la faculté, pour accord

Constitution du dossier :

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 Martine Pons

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**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Nom Patronymique : ……………………. Nom d’épouse : ………………………..

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 : ……….

Filière choisie : …………………….…

DES : …………………….

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** |



Nom : **Annexe 2**

Prénom **:**

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

Date :

Signature :



**Annexe 3**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 médecine Spécialisée (discipline biologique)

Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans le service de M. le………………

Etablissement : ……………………….

Date et signature du Directeur Général du CHU de Toulouse,



**Annexe 4**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 :

Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans le service de M. le………………

Spécialité ……………………………..

Etablissement : ……………………….

Date et signature,



**Annexe 5**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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……………………

Régulièrement inscrit(e) au DES que je coordonne, d’accomplir :

Un semestre d’internat de

* novembre 20 à avril 20

ou

* mai 20 à octobre 20

Dans l’Interrégion de …………………….

Date et signature du Coordonnateur,



**Annexe 8**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

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

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

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

Doyen de la Faculté de Pharmacie de ………………………………………...

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

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

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**

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

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

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

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

Doyen de la Faculté de Pharmacie 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 10**

Nom :

Prénom :

**DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D’ORIGINE**

**BIOLOGIE MEDICALE (PHARMACIE)**

**Stages effectués et validés dans la subdivision d’internat d’origine**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semestre** | **Etablissement d’affectation** | **Chef de service** | **DES d’agrément du service** |
| **Nov. - Avril** |  |  |  |
| **Mai – Octobre** |  |  |  |
| **Nov. - Avril** |  |  |  |
| **Mai – Octobre** |  |  |  |
| **Nov. - Avril** |  |  |  |
| **Mai – Octobre** |  |  |  |
| **Nov. - Avril** |  |  |  |
| **Mai – Octobre** |  |  |  |