**REFERENCES LEGISLATIVES :**

*Arrêté du 4 octobre 2019 portant organisation de troisième cycle long des études pharmaceutiques : Chapitre V : Formation en stage : Article 34 à 37*

**CONDITIONS :**

* Avoir effectué et validé la phase socle.
* Le stage est réalisé durant la phase d’approfondissement ou durant la phase de consolidation par dérogation selon son projet professionnel.
* La demande doit répondre à des nécessités pédagogiques pour lesquels aucun stage de la région Occitanie ne répond.
* Le chef de service d’accueil ne peut recevoir qu’un seul interne venant d’une autre région.
* La rémunération reste à la charge du C.H.R. de rattachement.

**DOSSIER DE CANDIDATURE :**

* Une lettre de demande comprenant le projet de stage
* Un relevé des stages
* Les avis demandés en annexes :

- du pharmacien gérant ou du responsable du lieu du stage agréé d’accueil (à demander en premier)

- de la commission régionale de la spécialité dans laquelle l’étudiant est inscrit (à demander à vos coordonnateurs locaux avant le 1er mars ou avant le 1er septembre)

* - du directeur de l’établissement hospitalier ou du directeur de l’organisme d’accueil

**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 la D.A.M. (**dam.interne.etudiant@chu-toulouse.fr)** ainsi que l’A.R.S. de rattachement (**pauline.rebichon@ars.sante.fr**) et d’accueil

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 3**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 4**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 5**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 6**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 7**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 8**

|  |  |
| --- | --- |
| 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,