

**DEMANDE DE STAGE**

**HORS REGION PHARMACIE HOSPITALIERE**

**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 :

- 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

**Les avis ci-dessus énumérés, devront être transmis par l’étudiant, à la scolarité, aux directeurs d’établissement (C.H.R. de rattachement « dam.interne.etudiant@chu-toulouse.fr » et d’accueil) ainsi qu’à l’ARS d’origine « evelyne.bernard@ars.sante.fr » et d’accueil :**

**avant le 15 octobre** pour le semestre de mai à octobre,

 **avant le 15 avril** pour le semestre de novembre à avril.

Les demandes de stage hors région seront évaluées lors des commissions de stage Interchu qui ont lieu aux mois de **janvier** et **juin.**

N.B. : **L’autorisation n’est donnée que pour un semestre**. Dans l’éventualité d’une deuxième demande, il conviendra de constituer un nouveau dossier.



**DEMANDE DE STAGE**

**HORS REGION PHARMACIE HOSPITALIERE**

**NOM et Prénom :**

**Adresse personnelle :**

**Mail :**

**N° Téléphone :**

**SUBDIVISION D'ORIGINE :**

**ANNEE du Concours :**

**D.E.S. d'inscription : PHARMACIE HOSPITALIERE**

|  |  |
| --- | --- |
| **PERIODE SOUHAITEE** | **SUBDIVISION DEMANDEE** |
| **Novembre 20... à Avril 20...(\*)****Ou****Mai à Octobre 20...(\*)** | **Subdivision :**  |
| **Etablissement :** |
| **Service :** |
| **Nom du chef de Service :** |

(\*) Rayer la mention inutile

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS REGION D'ORIGINE

**o-O-o**

**AVIS DU PHARMACIEN GERANT**

**OU**

**RESPONSABLE DU SERVICE D’ACCUEIL**

(Possibilité d'accueil : 1 seul interne)

**Je, soussigné(e) ............................................................................................................**

**Chef du Service ............................................................................................................**

**Etablissement ............................................................................................................**

**donne mon accord à M. ............................................................................................................**

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S de Pharmacie hospitalière**

**afin de l'accueillir dans mon service, pendant le semestre de :**

**NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...**(\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20...**(\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

 **DATE :**

 **SIGNATURE :**

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS REGION D'ORIGINE

**o-O-o**

**AVIS DE LA COMMISSION REGIONALE**

**DE PHARMACIE HOSPITALIERE**

**Les membres de la commission régionale de pharmacie hospitalière dont**

**la coordonnatrice régionale du D.E.S. de Pharmacie hospitalière, Brigitte SALLERIN et les coordonnateurs locaux, Ian SOULAIROL et Cyril BREUKER**

**autorisent M. ou Mme ............................................................................................................**

**interne en pharmacie hospitalière …………………………………………………….,**

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...**(\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20...**(\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans la Région de : ……………………………………………………………………….**

 **DATE :**

 **SIGNATURE :**

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS REGION D'ORIGINE**

**o-O-o**

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL**

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

**Directeur du (nom de l'établissement) ……………………………………………………**

**Autorise M. ..........................................................................................................………….**

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S. de Pharmacie hospitalière**

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...**(\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20...**(\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans mon établissement.**  (les éléments de rémunération prévus à l'article 10 du décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 restant à la charge du C.H.R. de rattachement)

**Service : ............................................................................................................**

**auprès de M. .............................................................................................................**

(Nom du chef de service)

**DATE :**

**CACHET :**

**SIGNATURE :**