



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



**DOSSIER DE CANDIDATURE
STAGE ETRANGER**

NOM-PRENOM-NOM D'ÉPOUSE

DATE et LIEU DE NAISSANCE

N° SECURITE SOCIALE

ADRESSE PERSONNELLE

TELEPHONE PERSONNEL

E-MAIL

SUBDIVISION D'ORIGINE

PROMOTION D'INTERNAT

DES D'INSCRIPTION

(DESC)

ANCIENNETE DE FONCTION

(Nombre de stages validés au moment du choix)

PERIODE SOUHAITEE	SUBDIVISION DEMANDEE
<input type="checkbox"/> Novembre 20 à avril 20	Établissement :
<input type="checkbox"/> Mai 20 à octobre 20	Service :
	Nom du Chef de Service :

Date :

Signature :

Cadre réservé à l'administration

Décision de la commission
<input type="checkbox"/> Favorable
<input type="checkbox"/> Défavorable, motif :

DEMANDE DE STAGE ETRANGER

Avis du Chef de service assurant l'accueil

Je soussigné (e) :

Chef de service de :

donne mon accord à :

interne en (1) : - spécialités médicales
- spécialités chirurgicales
- psychiatrie
- biologie médicale
- santé publique
- médecine générale

pour accomplir dans mon service un semestre de (1)

- mai / octobre 20

- novembre 20 / avril 20

Date:

Signature

DEMANDE DE STAGE ETRANGER

Avis du directeur du centre hospitalier universitaire d'accueil

Je soussigné (e) :

Directeur de :

donne mon accord à :

interne en (1) : - spécialités médicales
- spécialités chirurgicales
- psychiatrie
- biologie médicale
- santé publique
- médecine générale

pour accomplir un semestre de (1)

- mai / octobre 20

- novembre 20 / avril 20

dans le service de :

Lieu :

Date:

Signature

DEMANDE DE STAGE ETRANGER

INTERREGION DE :

Avis du coordonnateur de l'interrégion d'accueil

Je soussigné (e) :

Coordonnateur du "DES" de :

autorise Mr ou Mme

interne en (1) : - spécialités médicales
- spécialités chirurgicales
- psychiatrie
- biologie médicale
- médecine générale

à accomplir un semestre de (1) :

- mai /octobre 20
- novembre 20 / avril 20

dans la subdivision de :

dans le service de :

Précisez les motifs de formation :

Date :

Signature du coordonnateur :

DEMANDE DE STAGE ETRANGER

INTERREGION OUEST

Avis du coordonnateur local du DES d'origine

Je soussigné (e) :

Coordonnateur du "DES" de :

autorise Mr. ou Mme

interne en (1) : - spécialités médicales
- spécialités chirurgicales
- psychiatrie
- biologie médicale
- médecine générale

à accomplir un semestre de (1) :

- mai / octobre 20
- novembre 20 / avril 20

dans la subdivision de :

dans le service de :

Précisez les motifs de formation :

Date :

Signature du coordonnateur :

(1) Rayer la mention inutile

Annexe 5