



DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT EN DEHORS DE L'INTERREGION D'ORIGINE

NOTICE

CONDITIONS :

- Avoir effectué, et validé, au moins deux semestres d'internat,
- La demande doit répondre à des nécessités pédagogiques,
- Le chef de service d'accueil ne peut recevoir qu'un seul interne venant d'une autre interrégion,
- La rémunération reste à la charge du C.H.R. de rattachement.

DOSSIER DE CANDIDATURE :

- Une demande motivée,
- Un relevé individuel des stages effectués (y compris celui en cours),
- Les accords :
 - du chef de service d'accueil,
 - des deux directeurs d'U.F.R.
 - des deux coordonnateurs interrégionaux du D.E.S. d'inscription.

Les avis ci-dessus énumérés, devront être transmis par l'étudiant aux directeurs d'établissement (C.H.R. de rattachement et établissement d'accueil), ainsi qu'aux ARS interrégionales d'origine et d'accueil :

avant le 30 novembre pour le semestre de mai à octobre,

avant le 30 avril pour le semestre de novembre à avril.

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.



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr



DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT EN DEHORS DE L'INTERREGION D'ORIGINE

NOM et Prénom :

NOM d'épouse :

Adresse personnelle :

N° Téléphone :

INTERREGION D'ORIGINE :

ANNEE du Concours :

D.E.S. d'inscription :

ANCIENNETE de fonctions :
(Nombre de semestres validés au moment du choix).

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

(*) Rayer la mention inutile



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 2

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS INTERREGION D'ORIGINE

o-O-o

SEMESTRES ACCOMPLIS DANS L'INTERREGION D'ORIGINE

(A remplir par le CHR de rattachement)

ou

(Joindre le relevé individuel des stages effectués, fourni par l'ARS interrégionale d'origine)

NOM et Prénom de l'interne :

| Semestres effectués | Etablissement d'affectation | Service | Nom du Chef de service | D.E.S. d'agr. du service |
|---------------------|-----------------------------|---------|------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA DU CHR DE RATTACHEMENT :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 3

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

o-O-o

AVIS DU CHEF DE 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......

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 :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 4

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

o-O-o

**AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL
DE L'INTERREGION D'ORIGINE**

Je, soussigné(e)

Coordonnateur interrégional du D.E.S.
.....

autorise M.

(interne, inscrit(e) dans le D.E.S. que je coordonne),

à accomplir le semestre de :

NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...(*)

ou

MAI à OCTOBRE 20...(*)

(*) Rayer la mention inutile.

dans l'INTERREGION de :.....

DATE :

SIGNATURE :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 5

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

o-O-o

**AVIS DU COORDONNATEUR INTERREGIONAL
DE L'INTERREGION D'ORIGINE**

Je, soussigné(e)

Coordonnateur interrégional du D.E.S.
.....

autorise M.

(interne, inscrit(e) dans le D.E.S. que je coordonne),

à accomplir le semestre de :

NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...(*)

ou

MAI à OCTOBRE 20...(*)

(*) Rayer la mention inutile.

dans l'INTERREGION de :.....

DATE :

SIGNATURE :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 6

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS INTERREGION D'ORIGINE
o-O-o**

**AVIS DU COORDONNATEUR INTERREGIONAL
DE L'INTERREGION D'ACCUEIL**

Je, soussigné(e)

Coordonnateur interrégional du D.E.S.
.....

Autorise M.

(interne, inscrit(e) dans le D.E.S. que je coordonne),

à accomplir le semestre de :

NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...(*)

ou

MAI à OCTOBRE 20...(*)

(*) Rayer la mention inutile.

dans l'INTERREGION de :

DATE :

SIGNATURE :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 7

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS INTERREGION D'ORIGINE
o-O-o**

AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R. D'ORIGINE

Je, soussigné(e)

Doyen de la FACULTE de PHARMACIE de.....

Autorise M.

interne, inscrit(e) dans le D.E.S.

.....

à accomplir le semestre de :

NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...(*)

ou

MAI à OCTOBRE 20...(*)

(*) Rayer la mention inutile.

dans l'INTERREGION :

DATE :

SIGNATURE :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 8

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS INTERREGION D'ORIGINE
o-O-o**

AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R. D'ACCUEIL

Je, soussigné(e)

Doyen de la FACULTE de PHARMACIE de.....

Autorise M.

interne, inscrit(e) dans le D.E.S.

.....

à accomplir le semestre de :

NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...(*)

ou

MAI à OCTOBRE 20...(*)

(*) Rayer la mention inutile.

dans l'INTERREGION :

DATE :

SIGNATURE :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 9

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS INTERREGION D'ORIGINE
o-O-o**

AVIS DU DIRECTEUR DU C.H.R. DE RATTACHEMENT

Je, soussigné(e)

Directeur du C.H.U. de

Autorise M.

interne, inscrit(e) dans le D.E.S.
à accomplir le semestre de :

NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...(*)

ou

MAI à OCTOBRE 20...(*)

(*) Rayer la mention inutile.

dans le Service :

auprès de M......
(Nom du chef de service)

Etablissement

(Les éléments de rémunération prévus à l'article 10 du décret n° 99-930 du 10 novembre 1999, restant à ma charge).

DATE :

CACHET :

SIGNATURE :



ANNEXE 10

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS INTERREGION D'ORIGINE
o-O-o**

AVIS DE L'ARS INTERREGIONALE D'ORIGINE

Je soussigné(e), **Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé OCCITANIE**

Autorise sous réserve des autres avis obligatoires

M.....

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S.
à accomplir le semestre de :**

NOVEMBRE 20... à AVRIL 20...(*)

ou

MAI à OCTOBRE 20...(*)

(*) Rayer la mention inutile.

dans le Service :

auprès de M
(Nom du chef de service)

Etablissement

Subdivision

DATE :

P/Le Directeur général

Le Directeur du Premier Recours

Pascal DURAND



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 11

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS INTERREGION 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.
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 :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr

ANNEXE 12

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT
HORS INTERREGION D'ORIGINE
o-O-o**

AVIS DE L'ARS INTERREGIONALE D'ACCUEIL

Je soussigné, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon

.....
Autorise M.....

interne, inscrit(e) dans le D.E.S.

**rattaché(e) à l'Interrégion
à accomplir le semestre de :**

NOVEMBRE 20... à AVRIL 20... (*)

ou

MAI à OCTOBRE 20...(*)

(*) Rayer la mention inutile.

dans le Service :

auprès de M
(Nom du chef de service)

Etablissement

CACHET :

DATE :

SIGNATURE :



Faculté de Pharmacie
15, avenue Charles Flahault – BP 14491
34093 Montpellier cedex 05
Téléphone : +33 (0)4 11 75 93 26
Mail : celine.suberbiola@umontpellier.fr

Télécopie : +33 (0)4 11 75 93 34
Site Web : //pharmacie.edu.umontpellier.fr