



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Scolarité 3^{ème} cycle
Dossier suivi par Muriel MATHIEU-OSTRIC
05 61 14 59 25



DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

Conformément à l'arrêté du 12 avril 2017 : Les internes peuvent effectuer 2 stages hors subdivision sur la phase d'approfondissement principalement.

Au regard de la réglementation ([Article 44 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine](#)) et de l'esprit de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, un **stage hors subdivision ne peut être réalisé au cours de la phase de consolidation qu'à titre exceptionnel et dérogatoire.**

Les exceptions possibles sont :- des stages où les capacités de formation seraient limitées

- des besoins de formation dans des spécialités à très faible flux ou dans des activités non réalisées dans la région (avec un objectif d'apport de nouvelles compétences / techniques pouvant être mises en œuvre dans la région d'origine au retour)
- des projets professionnels examinés au cas par cas.

Pour ces demandes dérogatoires, le projet doit être solidement argumenté et justifié par le candidat et être soutenu par le coordonnateur de la discipline, en justifiant en particulier les raisons qui empêchent la réalisation du stage de Docteur Junior dans la subdivision de Toulouse.

Les projets professionnels doivent être détaillés et argumentés. Une promesse de poste après l'internat ne sera pas considérée comme un argument suffisant pour justifier une demande de stage hors subdivision pendant la phase de consolidation.

Les stages hors subdivision pendant la période de consolidation seront limités à un seul stage de Docteur Junior. Ces stages sont de 6 mois, exception faite des DES dont la maquette prévoit un stage de Docteur Junior d'une année.

Les demandes seront examinées par une commission réunissant la faculté, le CHU, l'ARS et l'internat qui prendra en compte, entre autres, les points suivants

- Antériorité de stage hors-subdivision déjà réalisé pendant l'internat ;
- Recherche d'une compétence / technique particulière dans une autre subdivision et cohérente avec le projet professionnel de l'intéressé ;
- Perspectives de mises en œuvre au retour dans subdivision de Toulouse des compétences acquises lors de ce stage hors-subdivision.

Les dossiers comportent **11** 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 (d'origine et d'accueil)
 - des doyens des facultés d'accueil et d'origine
 - une notification de l'agrément de service du chef de service d'accueil (à demander à l'ARS de la subdivision d'accueil)
 - le relevé des stages validés

Le dossier complet doit être envoyé par mail à
Mme Muriel MATHIEU-OSTRIC muriel.mathieu-ostric@utoulouse.fr
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 devra être adressée à la **Direction des Affaires Médicales du CHU** de
Toulouse dam.interne.etudiant@chu-toulouse.fr

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

DOSSIER de CANDIDATURE

Nom Patronymique : Nom d'épouse :

Prénoms :

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Adresse du Domicile :

Téléphone et Mail:

Région d'origine :

Année du concours :

Rang de classement général :

Filière choisie :

DES :

Au titre du DES ☐ Option ☐ FST ☐

Ancienneté de fonctions :

(Nombre de semestres validés à l'entrée en stage hors subdivision)

PERIODE SOUHAITEE
novembre 20 à Avril 20 mai 20 à octobre 20
SUBDIVISION DEMANDEE
Etablissement
Service
Nom du chef de service

Nom :

Prénom :

PROJET DE STAGE ASPECTS PEDAGOGIQUE ET PROFESSIONNEL

Date
Signature :

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

NOM :	Prénom :
-------	----------

AVIS DU DIRECTEUR DU CHU D'ORIGINE

Je, soussigné(e).....

Directeur Général du CHU de

Emet un avis favorable / défavorable à la demande de M.....

D'accomplir en sa qualité d'interne en médecine Spécialisée

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,

Annexe 4

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

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

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

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 :

ou - novembre 20 à Avril 20
 - mai 20 à octobre 20

Dans mon service

Date et Signature du chef de service

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

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 la subdivision de

Date et Signature du coordonnateur,

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

NOM :	Prénom :
-------	----------

AVIS DU PILOTE DE L'INTERREGION D'ACCUEIL

Je, soussigné(e).....

Pilote de la FST 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 pilote,

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

NOM :	Prénom :
-------	----------

AVIS DU RESPONSABLE OPTION DE L'INTERREGION D'ACCUEIL

Je, soussigné(e).....

Responsable de l'option 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 pilote,

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,



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Scolarité 3^{ème} cycle

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

NOM :	Prénom :
-------	----------

ATTESTATION DU DOYEN DE LA FACULTE D'ACCUEIL

Je, soussigné

Doyen – Directeur du Département Médecine Maïeutique Paramédical de

- Accuse réception du dossier de candidature de

Interne inscrit(e) au DES

En vue de la réalisation d'un semestre d'internat dans la subdivision de.....
sur la période :

- Mai 20... à Novembre 20...
- Novembre 20... à Mai 20...

- Atteste que le dossier sera examiné pour avis, lors de la commission des stages hors subdivision de notre faculté

Date et Signature du Doyen,



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Scolarité 3^{ème} cycle

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

NOM :	Prénom :
-------	----------

ATTESTATION DU DOYEN DE LA FACULTE D'ORIGINE

Je, soussigné Monsieur

Doyen – Directeur du Département Médecine Maïeutique Paramédical de

- Accuse réception du dossier de candidature de

Interne inscrit(e) au DES

En vue de la réalisation d'un semestre d'internat dans la subdivision de .. sur la période :

- Mai 20... à Novembre 20...

- Novembre 20... à Mai 20...

- Atteste que le dossier sera examiné pour avis, lors de la commission des stages hors subdivision de notre faculté

Date et Signature du Doyen,

Nom :
Prénom :

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

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			
Nov.- Avril			
Mai-Octobre			

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION D'ORIGINE

ATTESTATION D'AGRÉMENT DU TERRAIN DE STAGE
(à demander à l'ARS de la subdivision d'accueil)

Nom du terrain de stage : _____

Responsable du terrain de stage : _____

Établissement : _____

Agrément accordé pour le DES de : _____

Phase (s) :

- ☐ Socle
- ☐ Approfondissement
- ☐ Consolidation

À titre :

- ☐ Principal
- ☐ Complémentaire

Échéance : _____

Numéro d'agrément : _____

Signature et cachet de l'ARS d'accueil :