CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
STAGE HORS SUBDIVISION





Note : vous devez également prendre contact avec la Direction des Affaires Médicales de l'établissement que vous souhaitez rejoindre afin de connaitre les modalités des stages hors subdivision (une copie du dossier, date de commission…)

Vous trouverez, ci-dessous, le membre qui représente votre spécialité. Vous devez obligatoirement le rencontrer avant la commission.

Membres de la commission	Spécialité représentée	Coordonnées
Mme le Pr PHAM DANG, Présidente	Spécialités chirurgicales, gynécologie	04.73.75.01.02
M le Pr LACHAL	Psychiatrie	04.73.75.49.79
M le Pr ANDRE & Mme le Dr CHALARD	Spécialités médicales	mandre@chu-clermontferrand.fr achalard@chu-clermontferrand.fr
M le Pr BERNARD	Médecine générale	pierre.bernard2@uca.fr
M le Pr POIRIER	Biologie	04.73.75.07.03
M le Dr GARNIER	Anesthésie Réanimation	04.73.75.15.90
Mme le Dr BERNARD	Pharmacie	04.73.15.17.58
M le Pr DEVOIZE	Odontologie	04.73.75.03.18

DEMANDE DE STAGE D'INTERNE

EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE (INTER-CHU)

Y COMPRIS LES STAGES A

L'ETRANGER, DANS LES DOM et COM *

ET LES ECHANGES A L'INTERIEUR DE

LA REGION

Arrêté du 4 février 2011, modifié par arrêté du 25 février 2016, relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales (articles 17 à 18-1, 20, 21 et 23)

Arrêté du 23 avril 2012, modifié par arrêté du 25 février 2016, portant organisation pour le troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques et de biologie médicale de la répartition des postes, de l'affectation des étudiants et du déroulement des stages particuliers (articles 7 à 8-1 et 11)

Arrêté du 12 août 2011, modifié par arrêté du 25 février 2016, fixant pour l'internat en odontologie l'organisation des choix de postes, la répartition des postes, l'affectation des internes et le déroulement des stages particuliers (articles 6 à 7-1 et 9)

CONDITIONS A REMPLIR :

Le choix d'un stage hors subdivision (ou hors région) exige au préalable, au sein de la subdivision d'origine, la validation de deux stages. Pour les stages à l'étranger, l'interne doit avoir validé 4 stages.

Les inter-CHU en phase de consolidation doivent demeurer exceptionnels, justifiés par un besoin de formation (nombre de terrains de stage insuffisants dans la région pour ce DES, besoin d'un terrain spécifique pour valider option ou FST..) ou par le projet professionnel spécifique de l'étudiant.

Si l'inter-CHU est validé par la commission ad hoc, vous n'aurez pas à prendre part à l'appariement sur la plateforme SIIMOP pour le semestre en question.

En effet, comme pour les autres phases, les postes pour les DJ en inter-CHU ne sont pas à ouvrir en COP, les étudiants concernés sont directement affectés en inter-CHU par leur ARS d'origine.

Si la demande s'effectue au sein de la région, la demande ne sera pas étudiée en commission inter-CHU. L'interne devra obtenir les accords de la subdivision d'accueil et participera au Big Matching régional.

DEPOT DE DOSSIER :

Un dossier **complet** doit être adressé à Direction des Affaires Médicales de votre CHU de rattachement, à la scolarité de la faculté, ainsi qu'à l'établissement d'accueil.

Les dates limites de dépôt de dossier dans la région Auvergne-Rhône-Alpes sont fixées, suite à un accord local, au plus tard le :

- **15 décembre** pour le semestre débutant en Mai.
- **15 juin** pour le semestre débutant en Novembre.

Une présentation orale du projet est prévue lors de la commission inter-CHU, à l'aide éventuellement d'un diaporama selon la subdivision (une convocation est adressée par le CHU). Les internes sont invités à prendre contact avec la Direction des Affaires Médicales du CHU de rattachement afin de connaître les modalités de la commission.

Après examen des avis recueillis (cf rubrique du dossier de candidature) et du projet pédagogique, l'accord est donné par la commission inter-CHU pour **un semestre seulement**.

Si le stage est d'une durée d'un an, il devra faire l'objet d'un nouveau dépôt de dossier.

* DOM et COM : Antilles-Guyane, Réunion, Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française

INFORMATIONS GENERALES

Informations personnelles

Nom et Prénom :

Nom d'épouse :

Adresse mail :

N° de téléphone :

Adresse personnelle :

Cursus universitaire

Subdivision d'origine :

Année des ECN :

Discipline d'affectation :

DES d'inscription :

Ancienneté de fonctions :
(nombre de semestres validés au moment du choix)

DESC d'inscription :

Liste des stages effectués :

Semestre	Etablissement	Service	Responsable	DES d'agrément

Informations concernant le stage souhaité

Période souhaitée : MAI à NOVEMBRE

ou NOVEMBRE à MAI

Subdivision demandée :

Etablissement demandé :

Service demandé :

Responsable :

Stage demandé au titre du DES(CQ) de :
(Le terrain de stage doit être agréé pour ce DES(CQ) sur la période souhaitée)

ARS Auvergne-Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon Cedex 03
☏ 04 72 34 74 00
www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr

AVIS DU RESPONSABLE MEDICAL
DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE

Je soussigné(e) :

Responsable du Service :

Etablissement (adresse et n° tél.) :

donne un avis favorable à :

Interne inscrit(e) dans le D.E.S. de :

pour accomplir un semestre d'internat de :

- MAI à NOVEMBRE
- NOVEMBRE à MAI

dans mon service.

Date :

Signature du Coordonnateur :

ARS Auvergne-Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon Cedex 03
☏ 04 72 34 74 00
www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr

AVIS DU DIRECTEUR
DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE

Je soussigné(e) :

Directeur de l'Etablissement (nom, adresse et n° tél.) :

donne un avis favorable à :

pour accomplir un semestre d'internat de :

- MAI à NOVEMBRE
- NOVEMBRE à MAI

dans le service de (nom du terrain de stage et nom du responsable) :

Date :

Signature du Directeur :

ARS Auvergne-Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon Cedex 03
☏ 04 72 34 74 00
www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr

AVIS DU COORDONNATEUR REGIONAL DU DES
DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE

Je soussigné(e)

Coordonnateur du D.E.S. de :

donne un avis favorable à :

pour accomplir un semestre d'internat de :

- MAI à NOVEMBRE
- NOVEMBRE à MAI

dans la subdivision de :

dans le terrain de stage (Etablissement, Service, Responsable) :

Date :

Signature du Coordonnateur :

ARS Auvergne-Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon Cedex 03
☏ 04 72 34 74 00
www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr

AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL DU DES
DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE

Je soussigné(e)

Coordonnateur du D.E.S. de :

donne un avis favorable à :

pour accomplir un semestre d'internat de :

- MAI à NOVEMBRE
- NOVEMBRE à MAI

dans la subdivision de :

dans le terrain de stage (Etablissement, Service, Responsable) :

Avis motivé du Coordonnateur (*ou par courrier séparé*) :

Date :

Signature du Coordonnateur :

ARS Auvergne-Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon Cedex 03
☏ 04 72 34 74 00
www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr

UNIVERSITÉ Clermont Auvergne
INSTITUT SCIENCES DE LA VIE, SANTÉ, AGRONOMIE, ENVIRONNEMENT
UFR de Médecine et des Professions Paramédicales

AVIS DU DOYEN-DIRECTEUR DE L'UFR D'ORIGINE

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE

Je soussigné Pr Pierre-Michel LLORCA, Doyen-directeur de l'UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand atteste que :

M.

A reçu un avis favorable (sous réserve d'acceptation de la commission compétente) pour accomplir un semestre d'internat de :

- **NOVEMBRE à MAI**

- **MAI à NOVEMBRE**

dans la subdivision de :

dans le terrain de stage (Etablissement, Service, Responsable) :

Clermont-Ferrand le

Pierre-Michel LLORCA
Doyen-Directeur

UNIVERSITÉ Clermont Auvergne
INSTITUT SCIENCES DE LA VIE, SANTÉ, AGRONOMIE, ENVIRONNEMENT
UFR de Pharmacie

AVIS DU DOYEN-DIRECTEUR DE L'UFR D'ORIGINE

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE

Je soussignée Pr David BALAYSSAC, Doyen-directeur de l'UFR de Pharmacie de Clermont-Ferrand atteste que :

M. Mme

A reçu un avis favorable (sous réserve d'acceptation de la commission compétente) pour accomplir un semestre d'internat de :

- MAI à NOVEMBRE

- NOVEMBRE à MAI

dans la subdivision de :

dans le terrain de stage (Etablissement, Service, Responsable) :

Clermont-Ferrand le

David BALAYSSAC
Doyen-Directeur

UFR de Pharmacie
Pôle des Scolarités Santé - Scolarité 3ème cycle
28, Place Henri-Dunant - TSA 50400
63001 Clermont-Ferrand cedex 1

ATTESTATION DE CERTIFICATION D'AGREMENT DU TERRAIN DE STAGE DE L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL

Numéro d'agrément :

Période de validité de l'agrément :

Responsable du terrain de stage :

Je soussigné(e) ……

chef du service ……..

du Centre Hospitalier Universitaire de …….

certifie avoir un terrain de stage agréé pendant toute la période de validation du semestre.

Date :

Signature :