



Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités

Préfecture de la région Pays de la Loire

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales

Mission Professions

2^{ème} étage - plateau A

Téléphone : 02.40.12.87.37

Mél : dr44-mission-professions@sante.gouv.fr

Site internet : <http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>

INTERREGION OUEST

NANTES

INTERNAT DE PHARMACIE

DOSSIER DE CANDIDATURE

STAGE HORS CIRCONSCRIPTION

D'AFFECTATION

Date limite de dépôt auprès des DRASS

- stage d'hiver : 15 juillet
- stage d'été : 15 janvier

DEMANDE DE STAGE HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTATION

CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE

Le dossier comprend :

1 - une lettre de demande

2 - un projet de stage

3 - pour l'interrégion d'accueil

- accord du doyen de la faculté
- accord du coordonnateur
- accord du chef de service
- accord du directeur de l'établissement d'accueil
- visa de la DRASS

4 - pour l'interrégion d'origine

- accord du doyen de la faculté
- accord du coordonnateur
- accord du CHR
- visa de la DRASS

L'original du dossier sera transmis à la DRASS d'accueil.

Un double sera adressé à la DRASS d'origine.

Demande de stage hors circonscription d'affectation

DOSSIER DE CANDIDATURE

Décret n°88-996 du 19 octobre 1988 modifié relatif aux études spécialisées du 3^{ème} cycle de pharmacie (article 22) et arrêté du 20 mars 1990.

Les internes peuvent être autorisés, après 2 semestres de fonctions, à accomplir des stages d'internat, dans la limite de 2 semestres, dans une autre circonscription. Ils ne peuvent effectuer ces stages que dans le cadre de la formation du diplôme d'études spécialisées qu'ils préparent.

NOM DE FAMILLE :

NOM D'EPOUSE :

PRENOM :

Date de naissance :Lieu de naissance :

Adresse :

INTERREGION D'ORIGINE :

Année de concours :Rang de classement

Inscription au D.E.S. :

Ancienneté de fonctions :
(nombre de semestres validés)

INTERREGION D'ACCUEIL :

Période souhaitée : MAI A OCTOBRE 200.
NOVEMBRE A AVRIL 200. /200.

Etablissement demandé :

Service demandé :

A.....

Le.....

Signature de l'intéressé(e)

JOINDRE UNE LETTRE DE MOTIVATION PRESENTANT LE PROJET DE STAGE

**DEMANDE DE STAGE
HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTATION**

**Avis du chef de service dans lequel l'interne
souhaite effectuer son ou ses semestres**

Je soussigné (e) :.....

Chef de service de :.....

Donne mon accord à :.....

Pour accomplir..... semestre (s) dans mon service.

Je m'engage à n'accepter qu'un seul interne hors circonscription d'affectation dans mon service.

Date :

Signature :

SEMESTRES ACCOMPLIS DANS L'INTERREGION D'ORIGINE

à remplir par le C.H.R de rattachement

Nom de l'interne :

Prénom :

SEMESTRE	ETABLISSEMENT D'AFFECTATION	NOM DU CHEF DE SERVICE	AGREMENTS DU SERVICE (D.E.S.)

Visa du directeur du CHR de rattachement

**DEMANDE DE STAGE
HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTATION**

Avis du directeur de l'établissement d'accueil

Je soussigné (e) :.....

directeur (préciser le nom de l'établissement) :

donne mon accord à :.....

pour accomplirsemestre(s) de :

- mai à octobre 200.
- novembre 200. à avril 200.

dans le service de :.....

date :

signature :

**DEMANDE DE STAGE
HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTATION**

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

Je, soussigné, directeur général du CHR de
autorise
:.....

interne en (1)

- biologie médicale
- pharmacie hospitalière et des collectivités
- pharmacie industrielle et biomédicale
- pharmacie spécialisée

à accomplir un semestre d'internat de :

mai à octobre 200.

novembre 200. à avril 200.....

dans le service de (2).....

et s'engage à prendre en charge la rémunération principale de l'intéressé(e) pendant la durée du stage

Date :

Signature :

1- rayer la mention inutile

2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

**DEMANDE DE STAGE
HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTATION**

ACCORD DU DIRECTEUR DE L'UFR DE LA REGION D'ACCUEIL

Je, soussigné, doyen de la faculté de pharmacie de :
autorise :

interne en (1)

- biologie médicale
- pharmacie hospitalière et des collectivités
- pharmacie industrielle et biomédicale
- pharmacie spécialisée

à accomplir semestre (s) à.....

de mai à octobre 200.

de novembre 200. / avril 200.

dans le service de (2).....

préciser les motifs de formation

.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature :

1- rayer la mention inutile

2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

**DEMANDE DE STAGE
HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTION**

ACCORD DU DIRECTEUR DE L'UFR DE LA REGION D'ORIGINE

Je, soussigné, doyen de la faculté de pharmacie de :
autorise :.....

interne en (1)

- biologie médicale
- pharmacie hospitalière et des collectivités
- pharmacie industrielle et biomédicale
- pharmacie spécialisée

à accomplir semestre (s) à.....

de mai à octobre 200.
de novembre 200. / avril 200.

dans le service de (2).....

préciser les motifs de formation

.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature

- 1- rayer la mention inutile
- 2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

**DEMANDE DE STAGE
HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTATION**

AVIS DU COORDONNATEUR DE L'INTERREGION D'ORIGINE

Je soussigné, autorise :.....

interne en (1)

- biologie médicale
- pharmacie hospitalière et des collectivités
- pharmacie industrielle et biomédicale
- pharmacie spécialisée

à accomplir semestre (s) à.....

de mai à octobre 200.

de novembre 200. / avril 200.

dans le service de (2).....

préciser les motifs de formation

.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature :

1- rayer la mention inutile

2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

**DEMANDE DE STAGE
HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTION**

AVIS DU COORDONNATEUR DE L'INTERREGION D'ACCUEIL

Je soussigné, autorise :

interne en (1)

- biologie médicale
- pharmacie hospitalière et des collectivités
- pharmacie industrielle et biomédicale
- pharmacie spécialisée

à accomplir semestre (s) à.....

de mai à octobre 200.

de novembre 200. / avril 200.

dans le service de (2).....

préciser les motifs de formation

.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature :

1- rayer la mention inutile

2- préciser l'établissement, le nom du chef de service et la spécialité

**DEMANDE DE STAGE
HORS CIRCONSCRIPTION D'AFFECTATION**

VISAS DE LA DRASS D'ACCUEIL ET DE LA DRASS D'ORIGINE

Je, soussigné, directeur des affaires sanitaires et sociales

DRASS (ORIGINE).....

DRASS (ACCUEIL).....

Constate l'accord donné à M., Mme, Mlle.....

interne inscrit(e) pour le DES.....

affecté(e) dans la subdivision de.....

pour accomplir un semestre d'internat de.....

mai à novembre 200.

ou

novembre 200. à mai 200.

dans le service de.....

auprès de (nom du chef de service).....

de l'établissement :.....

DRASS d'origine

DRASS d'accueil

Date :

Date :

Signature :

Signature