

Procédure complémentaire à celle de l'ARS
DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS RÉGION D'ORIGINE / ÉTRANGER

QUELLE QUE SOIT LA NATURE DU STAGE : CHU, INDUSTRIE, AUTRE

Textes de référence :

*Décret n° 2012-172 du 3 février 2012 relatif au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques
Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents*

Conditions : Avoir validé deux semestres. Nombre de stage hors inter région limité à trois.

Qui informer ? : L'ARS pilote (Ars Grand-est), l'ARS de la région d'affectation et le CHU de rattachement.

Quand déposer la demande ? 6 mois avant le début du stage.

Où retirer le dossier ? Au près du Service de la Scolarité de l'UFR – Faculté de Pharmacie ou sur le site internet de l'UFR – Faculté de Pharmacie

Où déposer le dossier ? La demande de stage doit être adressée en double exemplaire au directeur de l'unité de formation et de recherche dont l'interne relève.

CONSTITUTION DU DOSSIER

PAR L'INTERNE

- une lettre de demande dûment signée
- un curriculum vitae
- un projet de stage détaillé
- l'avis du coordonnateur régional du DES d'origine
- l'avis du coordonnateur local du DES d'origine (coordonnateur de la subdivision)
- l'avis du responsable médical du lieu de stage agréé ainsi que celui du directeur de l'établissement hospitalier ou de l'organisme d'accueil

L'interne doit prendre attache avec la subdivision de destination afin de connaître les éventuelles modalités de candidature sur place.

TRANSMISSION DU DOSSIER AU SERVICE DE SCOLARITE DE L'UFR

CONSULTATION POUR AVIS DU DIRECTEUR D'UFR :

PAR L'UFR

- de l'ARS pilote (Ars Grand-Est),
- du CHU de rattachement de l'interne
- des représentants des internes de la subdivision d'origine.

TRANSMISSION DE L'ENSEMBLE DU DOSSIER :

PAR L'UFR

- au Directeur de l'Agence Régionale de Santé pilote (Grand-est)
pour le 1^{er} février pour le semestre de mai à novembre
pour le 1^{er} août pour le semestre de novembre à mai

TRANSMISSION DE LA DÉCISION

PAR L'ARS

- au Directeur de l'Agence Régionale de Santé d'affectation de l'interne,
- au Directeur de l'Agence Régionale de Santé pilote de la région d'accueil
- au Directeur du CHU de rattachement de l'interne pour l'établissement d'une convention portant sur les modalités d'accueil de l'interne hors inter région

L'interne prend contact avec le CHU de rattachement pour l'établissement de la convention.

à compléter par l'interne

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS RÉGION D'ORIGINE / ÉTRANGER

QUELLE QUE SOIT LA NATURE DU STAGE : CHU, INDUSTRIE, AUTRE

AVIS DU COORDONNATEUR RÉGIONAL DU DES D'ORIGINE

Je soussigné(e)

Coordonnateur du DES de

Émet un avis favorable / défavorable (rayer la mention inutile)

À la demande de stage Hors région / Étranger (rayer la mention inutile)

Sollicitée par : M., Mme, Mlle,

Interne de Pharmacie : Biologie médicale
Pharmacie
IPR

Pour le semestre de : Mai à Novembre 20.....
Novembre 20..... à Mai 20.....

Établissement :

Service de :

Et NOM et Prénom du Chef de Service d'Accueil.....

Date :

Signature du Coordonnateur,

à compléter par l'interne

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS RÉGION D'ORIGINE / ÉTRANGER

QUELLE QUE SOIT LA NATURE DU STAGE : CHU, INDUSTRIE, AUTRE

AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL DU DES D'ORIGINE (subdivision)

Je soussigné(e)

Coordonnateur du DES de

Émet un avis favorable / défavorable (rayer la mention inutile)

À la demande de stage Hors région / Étranger (rayer la mention inutile)

Sollicitée par : M., Mme, Mlle,

Interne de Pharmacie : Biologie médicale
 Pharmacie
 IPR

Pour le semestre de : Mai à Novembre 20.....
 Novembre 20..... à Mai 20.....

Établissement :

Service de :

Et NOM et Prénom du Chef de Service d'Accueil.....

Date :

Signature du Coordonnateur,

à compléter par l'interne

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS RÉGION D'ORIGINE / ÉTRANGER

QUELLE QUE SOIT LA NATURE DU STAGE : CHU, INDUSTRIE, AUTRE

AVIS DU CHEF DE SERVICE D'ACCUEIL (Responsable Médical du lieu de stage agréé)

ET

ACCORD DU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL

Je soussigné(e).....
 Chef du Service de.....
 Établissement.....
 Agrément(s) DES.....
 Agrément(s) DESC.....

Émet un avis favorable / défavorable (rayer la mention inutile)
 À la demande de stage Hors région / Étranger (rayer la mention inutile)

Sollicitée par : M., Mme, Mlle,

Interne de Pharmacie : Biologie médicale
 Pharmacie
 IPR

Pour le semestre de : Mai à Novembre 20.....
 Novembre 20..... à Mai 20.....

Date M. / Mme	VU pour accord M. / Mme
Chef du Service d'accueil	Directeur de l'Établissement d'accueil
Signature	Signature

à compléter par l'interne - l'UFR se charge de la signature

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS RÉGION D'ORIGINE / ÉTRANGER
QUELLE QUE SOIT LA NATURE DU STAGE : CHU, INDUSTRIE, AUTRE

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTE
DE LA RÉGION D'ORIGINE**

Je soussigné, Directeur de l'Agence Régionale de Santé Grand

Émet un avis favorable / défavorable (rayer la mention inutile)

À la demande de stage Hors région / Étranger (rayer la mention inutile)

Sollicitée par : M., Mme, Mlle,

Interne de Pharmacie : Biologie médicale
Pharmacie
IPR

Pour le semestre de : Mai à Novembre 20.....
Novembre 20..... à Mai 20.....

Établissement :

Service :

Chef du service d'accueil :

Nancy, le

**Pour Le Directeur Général de l'Agence Régionale
de Santé Grand-Est
et par délégation,**

Le responsable Département Ressources Humaines en santé,

Jean-Michel BAILLARD

à compléter par l'interne - l'UFR se charge de la signature

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS RÉGION D'ORIGINE / ÉTRANGER

QUELLE QUE SOIT LA NATURE DU STAGE : CHU, INDUSTRIE, AUTRE

AVIS DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE RATTACHEMENT

Je soussigné(e).....

Directeur des Affaires médicale du CHU d'origine de.....

Émet un avis favorable / défavorable (rayer la mention inutile)

À la demande de stage Hors région / Étranger (rayer la mention inutile)

Sollicitée par : M., Mme, Mlle,

Interne de Pharmacie :	Biologie médicale	<input type="checkbox"/>
	Pharmacie	<input type="checkbox"/>
	IPR	<input type="checkbox"/>

Pour le semestre de :	Mai à Novembre 20.....	<input type="checkbox"/>
	Novembre 20..... à Mai 20.....	<input type="checkbox"/>

Établissement, service et chef du service d'accueil :.....

Date :
 Signature de l'Interne

Date :
 Signature du Directeur du
 Centre Hospitalier de rattachement,

à compléter par l'interne

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT HORS RÉGION D'ORIGINE / ÉTRANGER

QUELLE QUE SOIT LA NATURE DU STAGE : CHU, INDUSTRIE, AUTRE

AVIS DES REPRÉSENTANTS DES INTERNES DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

Je soussigné(e)

Représentant des Internes de la subdivision :

Émet un avis favorable / défavorable (rayer la mention inutile)

À la demande de stage Hors région / Étranger (rayer la mention inutile)

Sollicitée par : M., Mme, Mlle,

Interne de Pharmacie : Biologie médicale
Pharmacie
IPR

Pour le semestre de : Mai à Novembre 20.....
Novembre 20..... à Mai 20.....

Établissement, service et chef du service d'accueil :
.....
.....

Date :

Signature du (des) Représentant(s) des Internes de la subdivision d'origine

(préciser les NOM/Prénom)

