

**DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE FRANCHE-COMTE**

**3, avenue Louise Michel
25044 BESANCON CEDEX**

Département de l'Offre Hospitalière et Médico-Sociale
Service PH 3 - Bureau de l'Internat – Mme CUISENIER

☎ 03.81 47 88 35

✉ carole.cuisenier@sante.gouv.fr

DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

Notice à l'attention des internes de spécialités

Textes d'application :

- Décret 84-586 du 9/07/1984 modifié (article 51 à 55)
- Décret 88-321 du 7/04/1988 (article 33)
- Circulaire DGS/404/OD du 8/08/1989

L'interne désirant effectuer son stage hors de sa subdivision d'origine doit avoir accompli **2 ans de fonctions.**

La durée maximale de stage hors de la subdivision d'origine est de 2 semestres, étant entendu qu'ils doivent être accomplis dans la discipline dans laquelle est inscrit l'interne.

Dossier de candidature

Le dossier doit être retiré auprès de la D.R.A.S.S de la région d'accueil et doit comporter les informations suivantes :

- renseignements concernant l'interne
- motivations de la demande
- accord du chef de service et du directeur de l'établissement de la région d'accueil
- accord du directeur du C.H.R de rattachement
- accords des directeurs d'U.F.R des régions d'origine et d'accueil
- accords des coordonnateurs interrégionaux du D.E.S (d'origine et d'accueil, si le coordonnateur interrégional d'origine est différent de celui de la subdivision d'accueil)

Les demandes ne peuvent être faites que pour un semestre à la fois ; l'interne devant renouveler sa demande pour un 2ème semestre éventuel dans les délais qu'elle aura fixé.

Une copie devant être transmise dans les mêmes temps à la D.R.A.S.S de la région d'origine.

POUR LA REGION FRANCHE-COMTE

Les délais de dépôt des dossiers complets sont fixés au plus tard au :

- 15 JANVIER pour le semestre de mai à octobre
- 15 JUIN pour le semestre de novembre à avril
(cachet de la poste faisant foi)

Passés ces délais, aucune demande ne sera prise en compte.

Recevabilité des demandes

La D.R.A.S.S de Franche-comté se prononce sur le dossier complet en tenant compte qu'il n'y ait qu'un seul étudiant accueilli dans chaque service sollicité, hors procédure de choix des internes, de la capacité d'accueil des établissements et des impératifs de formation des internes de la région.

L'autorisation est accordée semestre par semestre.

DEMANDE DE STAGE D'INTERNE EN DEHORS DE LA SUBDIVISION D'ORIGINE

NOM :

PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

Année du concours :

D.E.S entrepris :

Période de stage demandée : DU

AU

. Semestre : ème.

STAGE SOUHAITE :

MOTIVATION DE LA DEMANDE :

DATE DE LA DEMANDE :

SIGNATURE DE L'INTERNE

I - POUR UN SEMESTRE A EFFECTUER **EN DEHORS** DE LA SUBDIVISION DE BESANCON
LE DOSSIER COMPLET DOIT ETRE ADRESSE IMPERATIVEMENT :

à la D.R.A.S.S. de la Subdivision d'accueil, dans les délais que celle-ci a fixés,

ET

à la DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES du C.H.U. de BESANCON, 2 Place Saint Jacques,
25030 BESANCON CEDEX, AU PLUS TARD :

-le 15 JANVIER pour un semestre à compter de MAI,

-le 15 JUIN pour un semestre à compter de NOVEMBRE,

Une copie du dossier doit être adressée simultanément :

à la D.R.A.S.S de FRANCHE-COMTE

3, avenue Louise Michel. Département de l'Offre Hospitalière et Médico-Sociale
"Service PH 3" - 25044 BESANCON CEDEX

II - POUR UN SEMESTRE A EFFECTUER **DANS** LA SUBDIVISION DE BESANCON
LE DOSSIER COMPLET DOIT ETRE ADRESSE IMPERATIVEMENT :

à la D.R.A.S.S de FRANCHE-COMTE

dans les mêmes délais que ci-dessus.

SUBDIVISION D'ORIGINE

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

Cachet, Date et Signature

AVIS DU COORDONNATEUR INTERREGIONAL DU D.E.S

Cachet, Date et Signature

AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE

Cachet, Date et Signature

AVIS DU DIRECTEUR REGIONAL DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Cachet, Date et Signature

SUBDIVISION D'ACCUEIL

AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

Cachet, Date et Signature

AVIS DU CHEF DE SERVICE

Cachet, Date et Signature

AVIS DU COORDONNATEUR INTERREGIONAL DU D.E.S (Si autre interrégion)

Cachet, Date et Signature

AVIS DU DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE

Cachet, Date et Signature

AVIS DU DIRECTEUR REGIONAL DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Cachet, Date et Signature