

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNE**

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

**Y COMPRIS LES STAGES A L'ÉTRANGER, DANS LES DOM-TOM**

**ET LES ÉCHANGES À L'INTÉRIEUR DE LA RÉGION**

*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 À 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.

 Pour les Docteurs Juniors, le dossier est complété, seulement, si le stage est prévu hors région.

**CONTACT** **:**

 **Mme Liliane CELLIER** : liliane.cellier@chu-st-etienne.fr - **04.77.12.70.17**

 **Mme Pauline BONAVENTURE** : pauline.bonaventure@chu-st-etienne.fr - **04.77.12.71.46**

**DÉPÔT DE DOSSIER** **:**

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

 Les dates limites de dépôt de dossier sont fixées, au plus tard le :

**• 31 Décembre** pour le semestre débutant en Mai.

**• 30 Juin** pour le semestre débutant en Novembre.

Une présentation orale avec un diaporama du projet est attendue lors de la sous-commission de l’internat. Une convocation vous sera adressée par la Direction des Affaires Médicales du CHU.

 Après examen des avis recueillis 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.

 Pour les stages en DOM-TOM, le décret du 15/09/2020 prévoit une majoration (indemnité spéciale) de :

* + - * 20 % des émoluments en Guadeloupe, Martinique, St-Barthélémy et Saint-Martin
			* 40% des émoluments à Mayotte, Guyane, La Réunion et St-Pierre-et-Miquelon
			* Attention, aucune indemnisation spéciale n’est prévue pour l’océan Pacifique, notamment Polynésie Française...

Un Remboursement des frais de transport aller/retour est possible sur la base du prix du voyage par avion **en classe économique**. Il convient d’envoyer à la Direction des Affaires Médicales du CHU votre facture acquittée dès l’achat de votre billet.

♦ **DOSSIER DE CANDIDATURE** **:**

Le dossier de demande de stage hors circonscription comporte :

* Une lettre de demande
* Un projet de stage
* L'avis du coordonnateur régional du DES d'origine
* L'avis du coordonnateur local du DES d'origine concerné
* L'avis du responsable médical du lieu de stage agréé ou du praticien agréé - maitre de stage des établissements d'accueil
* L'avis du directeur de l'établissement hospitalier ou de l'organisme d'accueil.
* Une attestation de certification d’agrément du terrain de stage de l’établissement d’accueil.

*En complément de ces documents obligatoires, des lettres de recommandation peuvent être jointes pour appuyer la demande (par exemple : chef de service d'accueil, coordonnateur local du DES d'accueil, etc.)*

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

**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) |  |

Liste des stages effectués :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Semestre | Établissement | Service | Responsable | DES d'agrément |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Informations concernant le stage souhaité**

|  |  |
| --- | --- |
| Période souhaitée : MAI. à NOVEMBRE  Ou NOVEMBRE à MAI  | Subdivision demandée : |
| Établissement 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*)**ATTESTATION DE CERTIFICATION D’AGRÉMENT DU TERRAIN DE STAGE DE L’ÉTABLISSEMENT D’ACCUEIL**  Numéro d’agrément : Période de validité de l’agrément : Responsable du terrain de stage :  Je soussigné ……………………., chef de service ……………., du Centre Hospitalier Universitaire de ……………………….., certifie avoir un terrain de stage agréé pendant toute la période de validation du semestre. Date : Signature :  |

**AVIS DU RESPONSABLE MÉDICAL**

**DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL**

**DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE**

Je soussigné(e) :

Responsable du Service :

Établissement (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 :

**AVIS DU DIRECTEUR**

**DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL**

**DEMANDE DE STAGE EN DEHORS DE LA CIRCONSCRIPTION D'ORIGINE**

Je soussigné(e) :

Directeur de l'Établissement (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 :

**AVIS DU COORDONNATEUR LOCAL DU DES**

**DE LA SUBDIVISION D'ACCUEIL**

**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 (Établissement, Service, Responsable) :

Date :

Signature du Coordonnateur :

**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 (Établissement, Service, Responsable) :

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

Date :

Signature du Coordonnateur :

**AVIS DU COORDONNATEUR RÉGIONAL 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 (Établissement, Service, Responsable) :

Date :

Signature du Coordonnateur :