

# Demande de changement de spécialité

## 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine et pharmacie

*La demande de changement de spécialité doit être réalisée au cours des deux premiers mois du semestre de formation :*

*Dates limites de dépôt de la demande :*

- Semestre de nov. : fin juin
- Semestre de mai : fin décembre

<b>Nom Prénom :</b>		<b>Année concours :</b>	
<b>Filière</b>	Médecine	Pharmacie	
<b>Subdivision de rattachement :</b> Nantes			
<b>DES actuel :</b>		<b>Rang de classement :</b>	
<b>DES souhaité :</b>		<b>Rang dernier classé :</b>	

<b>A compter du semestre de :</b>			
Nov	- mai	Mai	- nov
<b>S'agit-il d'un droit au remords élargi ?</b>		Oui	Non

Semestres	Affectations antérieures	Stage validé		Accord du coordonnateur local du DES souhaité sur la reprise du stage		Au titre de la phase (entourez la phase concernée)	
		Oui	Non	Oui	Non	P1	P2
Nov - mai Mai - nov		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	P2
Nov - mai Mai - nov		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	P2
Nov - mai Mai - nov		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	P2
Nov - mai Mai - nov		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	P2

**1. Signature de l'étudiant**

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**2. Signature et tampon du coordonnateur local du DES actuel**

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**3. Signature et tampon du coordonnateur local du DES souhaité**

Avis                  Favorable                  Défavorable

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

**4. Signature et tampon du directeur général de l'ARS**

Accord                  Positif                  Négatif

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_