



DEMANDE de DROIT au REMORDS

3^{EME} CYCLE – MÉDECINE de SPÉCIALITÉS

Internes issus des ECN à partir de 2017

NOM : _____ Prénom : _____ N°étudiant : _____ N° Imotep : _____

Année ECN : _____ Rang de classement : _____

RÉSERVÉ À LA SCOLARITÉ - Dernier classé DES souhaité :

D.E.S actuel : _____ D.E.S souhaité : _____

À compter du semestre : _____

Semestres	Services d'affectation antérieurs au droit au remords	Stage Validé		Accord du coordonnateur local du DES souhaité sur la reprise de stage	
		NON	OUI	NON	OUI

1. Signature de l'interne

Fait à Nantes le, _____

2. Signature et tampon du Coordonnateur Local du DES actuel

Fait à Nantes le, _____

3. Signature et tampon du Coordonnateur Local du DES souhaité

Fait à Nantes le, _____

4. Signature et tampon du Directeur Général de L'ARS

Fait à Nantes le, _____

À TRANSMETTRE À LA SCOLARITÉ

AU PLUS TARD durant le 2^{ème} semestre de la phase d'Approfondissement et **AU COURS** des 2 premiers mois du semestre de formation