



# DEMANDE de DROIT au REMORDS

3<sup>EME</sup> 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<sup>ème</sup> semestre de la phase d'Approfondissement et AU COURS des 2 premiers mois du semestre de formation