

DOSSIER DE CANDIDATURE

pour une PERMUTATION de STAGE de 3^{ème} cycle des études médicales
au sein de l'INTERRÉGION OUEST
(Procédure HUGO)

Permutation entre : NOM/Prénom : _____ UFR de rattachement : _____
et : NOM/Prénom : _____ UFR de rattachement : _____

IMPRIMÉ 1 : SUBDIVISION DE RATTACHEMENT

NOM/Prénom : _____
Adresse : _____
Adresse électronique : _____ Tél. : _____

SUBDIVISION de RATTACHEMENT

Année ECN : _____ Rang de classement : _____
DES de : _____
Semestres qui seront validés avant l'échange : _____

SUBDIVISION d'ACCUEIL

Période souhaitée : Novembre à Avril Mai à Octobre
CHU d'accueil : _____
Nom du Service : _____
Chef de Service : _____

Date et signature de l'étudiant	Le Président d'internat du CHU de rattachement <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>	Le Coordonnateur local de la Faculté de rattachement <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>
	Date :	Date :

Le Coordonnateur interrégional <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>	Le Directeur du CHU de rattachement <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>	Le Doyen de la Faculté de médecine de rattachement <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>
Date :	Date :	Date :

DOSSIER DE CANDIDATURE

pour une PERMUTATION de STAGE de 3^{ème} cycle des études médicales
au sein de l'INTERRÉGION OUEST
(*Procédure HUGO*)

Permutation entre : NOM/Prénom : UFR de rattachement :
et : NOM/Prénom : UFR de rattachement :

IMPRIMÉ 2 : SUBDIVISION D'ACCUEIL

NOM/Prénom :

Adresse :

Adresse électronique : Tél. :

SUBDIVISION de RATTACHEMENT

Année ECN : Rang de classement :

DES de :

Semestres qui seront validés avant l'échange :

SUBDIVISION d'ACCUEIL

Période souhaitée : Novembre à Avril Mai à Octobre

CHU d'accueil :

Nom du Service :

Chef de Service :

Date et signature de l'étudiant	Le Président d'internat du CHU d'accueil	Le Chef de service d'accueil
	<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>	<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>
	Date :	Date :

Le Directeur du CHU d'accueil	Le Doyen de la Faculté de médecine d'accueil
<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>	<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Refus <i>Tampon et signature</i>
Date :	Date :