

Constitution du dossier

La demande de stage hors subdivision doit être **renseignée électroniquement**, et complétée des **avis, signatures et tampons** des personnes suivantes :

- Coordonnateur local du DES
- [ECN avant 2017] Coordonnateur inter-régional du DES
- Responsable du Terrain de Stage d'accueil
- Directeur de l'établissement d'accueil

Le dossier peut être complété par tout soutien que vous jugerez utile (chef de service, praticien référent...).

Délais de remise du dossier aux Affaires Médicales du CHU de Nantes :

Semestre novembre-mai :
Avant le 6 avril

Semestre mai-novembre :
Avant le 6 octobre

Affaires Médicales du CHU :

bp-damr-bureau-des-internes@chu-nantes.fr

Commission des stages hors-subdivision

La Direction des Affaires Médicales du CHU établira la liste des candidats qui seront auditionnés devant la Commission des stages Hors-Subdivision de Nantes selon les critères suivants :

- La qualité du projet sur le plan médical et scientifique
- La qualité de la présentation orale
- La cohérence du projet professionnel envisagé
- Les soutiens apportés au dossier
- L'ancienneté de l'étudiant

Cette commission est composée :

- Du Doyen de l'UFR de Médecine ou de son représentant
- Du Doyen de l'UFR de Pharmacie ou de son représentant
- Du Président de la CME ou son représentant
- Du Directeur du Pôle Affaires Médicales, Recherche et Stratégie Territoriale
- De l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
- Des représentants des spécialités des étudiants candidats

Le jury auditionnera chaque candidat pendant 7 minutes et évaluera le projet selon la qualité du projet présenté sur le plan médical et scientifique.

L'Accord CHU de Nantes et du Doyen d'UFR est donné suite à la Commission des stages Hors-Subdivision et transmis par les Affaires Médicales du CHU :

- Pour le semestre Novembre-Mai : MI-JUIN
- Pour le semestre Mai-Novembre : MI-DÉCEMBRE

Semestre de novembre _____ à mai _____

Semestre de mai _____ à novembre _____

NOM(naissance) **Prénom** : _____ **NOM** (épouse) _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Email étudiant : _____ Mobile : _____

Subdivision de NANTES

Année ECN : _____ Rang : _____

DES de _____

Semestres qui seront validés avant l'inter-CHU _____

Subdivision d'accueil

Subdivision de : _____

Etablissement : _____

Nom du Service : _____

Chef de Service : _____

Stages antérieurs

S	Etablissement / Service / Chef de service
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

Fait à _____

Le _____

Signature de l'interne

NOM(naissance) **Prénom** : _____ **NOM** (épouse) : _____

Subdivision de NANTES

Année ECN : _____ Rang : _____

DES de _____

Semestres qui seront validés avant l'inter-CHU _____

Subdivision d'accueil

Subdivision de : _____

Etablissement : _____

Nom du Service : _____

Chef de Service : _____

Diplômes/certificats (DU, FST, Master, Option, autres)

- _____ - _____

- _____ - _____

Motivations

Post-internat envisagé, secteur d'activité et/ou spécialité et projet professionnel

Réservé administration

Soutien / Avis

Autres informations

Evaluations et avis du jury

Qualité du dossier et oral présentés	/ 5	Ancienneté de l'interne :	/ 5	
Cohérence du projet professionnel :	/ 5	Soutien :	/ 5	SOIT : / 20

