

NOM (naissance) Prénom :

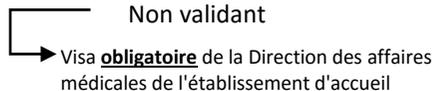
DES :

ECN :

SURNOMBRE

Validant

Non validant



Poste souhaité :

- Etablissement :

- Service :

Dates présumées de congé maternité : Du : Au :

Merci de bien vouloir joindre un certificat médical attestant de la date présumée de grossesse ou d'accouchement. **Informer la Direction des Affaires Médicales de l'établissement concerné afin que celui-ci se prononce sur votre demande.** Toute demande de surnombre reçue après la date indiquée ci-dessous se verra opposer un refus. Les internes concernées seront placées systématiquement en disponibilité pour convenances personnelles.

DISPONIBILITÉ

Convenances personnelles

Etudes ou recherches présentant un intérêt général

Stage de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger

6 mois

1 an

A l'issue du congé maternité, à compter du :

CONGÉ PARENTAL (R6153-13 code de la santé publique)

Du : Au :

ÉCHANGE HUGO

Etablissement :

Service :

Interne concerné par l'échange :

- NOM Prénom :

- DES :

- Email : Tél. :

Un dossier est à constituer et à récupérer auprès du Bureau de l'Internat pour recueillir l'ensemble des accords.

DROIT AU REMORD

DES souhaité :

Merci de joindre l'accord du coordonnateur du DES officialisant son accord et le nombre de semestre(s) repris au titre de la nouvelle maquette

HORS FILIÈRE

Etablissement :

Service :

La demande de hors-filière est sollicitée dans le cadre du :

Droit au remord

Cursus

Un dossier est à constituer et à récupérer auprès du Bureau de l'Internat pour recueillir l'ensemble des accords.

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE