

**Gestion de l'internat**

**Affaire suivie par :**

Sophie THIBERGE

☎ 02 38 77 47 11

[ars-cvl-gestion-internat@ars.sante.fr](mailto:ars-cvl-gestion-internat@ars.sante.fr)

Nom- Prénom : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**FICHE DE VŒUX – SEMESTRE MAI 2024**

**A ne remplir qu'en cas de demande de situation particulière**

Année universitaire du concours : .....

Discipline : .....

DES inscription : .....

Nombre de semestres validés au 2 novembre 2023 : .....

Occuperez-vous un poste pour le prochain semestre dans la région Centre-Val de Loire :

**OUI**  **NON**

Si **NON**, pour quel motif ?

**Stage hors subdivision**

**Echange HUGO**

**Disponibilité** (préciser le motif) .....

**Année-recherche**

Si **OUI**, préciser votre demande :

**Stage au titre d'une FST/option** – à préciser : .....

**Fléchage dans le DES d'affectation** – stage à préciser : .....

*Uniquement pour besoin de maquette (stage CHU à réaliser dans un délai contraint ou projet post-internat)*

**Démarche** : compléter annexes 1-2-3-4-5

**Stage hors filière (ancien régime)** – discipline à préciser : .....

**Démarche** : compléter annexes 1-2-3

**Stage libre** (stage ne disposant pas d'agrément complémentaire) : spécialité et établissement à préciser : .....

**Démarche** : compléter annexes 1-2-3

**Surnombre validant**  **Surnombre non validant**  - motif : .....

*Uniquement les internes se trouvant dans l'une des situations particulières suivantes : état de grossesse, congé maternité, affection pouvant donner lieu à un congé de longue durée ou de longue maladie, situation de handicap*

**A fournir** : justificatif, accord chef de service, accord des affaires médicales

**Droit au remord** – nouveau DES à préciser : .....

**A fournir** : lettre motivée et accord coordonnateur du DES d'accueil avec mention des stages repris au titre de la nouvelle maquette de formation

## **Projet de stage**

*Précisez notamment si cette demande est nécessaire pour le respect de votre maquette de DES (+ DESC) et/ou si elle correspond à un projet professionnel, si oui lequel :*

## **Projet post-internat**

## **Avis du coordonnateur local du DES (+ DESC)**

*Fournir avis sur la candidature, le projet de stage et le devenir du candidat (au CHU ou dans la région : CCA, AHU, assistant spécialiste régional, assistant spécialiste CHU...)*

## **Avis du coordonnateur local d'accueil du DES (+ DESC)**

## Maquette de l'interne

SEMESTRE	ETABLISSEMENT	SERVICE	STATUT (validé / non validé)
Nov 22-Mai 24			
Nov 22-Mai-23			
Mai 22-Nov-22			
Nov-21-Mai-22			
Mai-21-Nov-21			
Nov-20-Mai-21			
Mai-20-Nov-20			
Nov-19 – Mai-20			
Mai-19 – Nov-19			
Nov-18 – Mai-19			
Mai-18 – Nov-18			
Nov-17 – Mai-18			
Mai-17 – Nov-17			
Nov-16- Mai-17			
Mai-16 – Nov-16			
Nov-15- Mai-16			

## **Avis du chef de service d'accueil**

*(à compléter pour une demande de fléchage)*

Je soussigné(e) .....

Chef de Service de : .....

Donne un avis favorable à : .....

Pour accomplir un semestre dans mon service de :

mai à novembre

novembre à mai

Date :

Signature :

## **Avis de la direction des affaires médicales**

*(à compléter pour une demande de fléchage  
et uniquement pour les stages hors CHU)*

Je soussigné(e) .....

Nom de l'établissement : .....

Donne un avis favorable à : .....

Pour accomplir un semestre dans mon établissement de :

mai à novembre

novembre à mai

Date :

Signature :