A retourner avant le 15 août 2025 dernier délai

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agence Régionale de Santé
Centre-Val de Loire

Gestion de l'internat

Affaire suivie par :
Sophie THIBERGE
☎ 02 38 77 47 11
ars-cvl-gestion-internat@ars.sante.fr

Nom- Prénom : ……

Téléphone : ……

Mail : ……

FICHE DE VŒUX – SEMESTRE NOVEMBRE 2025

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

Année universitaire du concours : ……..
Discipline :……
DES inscription :……..
Nombre de semestres validés au 3 novembre 2025 :……..

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

Annexe 1

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

Annexe 2

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)

Annexe 3 :

Maquette de l'interne

SEMESTRE	ETABLISSEMENT	SERVICE	STATUT (validé / non validé)
Mai 25-Nov 25			
Nov-24-Mai-25			
Mai-24-Nov-24			
Nov-23-Mai-24			
Mai-23-Nov-23			
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			

Annexe 4

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 :

Annexe 5

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 :