|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Agence Régionale de Santé Aix-Marseille Université Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

Provence-Alpes-Côte d’Azur Faculté de Pharmacie 80 rue Brochier

132 boulevard de Paris Service de la Scolarité 13354 Marseille Cedex 05

CS 50039 27 boulevard Jean Moulin

13331 Marseille Cedex 03 CS 30064

13385 Marseille Cedex 05

**CONDITIONS :**

* Avoir effectué et validé au moins **quatre semestres** d’internat (**DES** **R3C**)
* La demande doit répondre à des nécessités pédagogiques
* Le chef de service ne peut recevoir qu’un seul interne venant d’une autre interrégion/région
* La rémunération reste à la charge du C.H.U. de rattachement

**DOSSIER DE CANDIDATURE** :

* Lettre de motivation
* Relevé individuel des stages effectués (y compris celui en cours)
* Les accords :
* du chef de service d’accueil
* des deux directeurs d’UFR
* du coordonnateur local d’origine
* des deux coordonnateurs régionaux du DES d’inscription
* pour le DES de Pharmacie Hospitalière, en complément du dossier :
* la fiche de poste de l’interne
* l’organigramme du service

Les avis énumérés ci-dessus devront être transmis par l’interne au Service de la Scolarité, aux directeurs d’établissement (CHU de rattachement et d’accueil) ainsi qu’aux ARS d’origine et d’accueil :

* **avant le 30 novembre** pour le semestre de mai à octobre
* **avant le 30 avril** pour le semestre de novembre à avril

**L’autorisation n’est donnée que pour un semestre**. Dans l’éventualité d’une deuxième demande, il conviendra de constituer un nouveau dossier.

Contacts utiles :

Faculté de Pharmacie de Marseille : Nathalie LOUBET : nathalie.loubet@univ-amu.fr

Direction des Affaires Médicales (AP-HM) : s.dam.internes@ap-hm.fr

ARS : ars-paca-dos-internat@ars.sante.fr

|  |
| --- |
|  |

**FACULTÉ DE PHARMACIE DE MARSEILLE**

**Dossier de candidature**

**Stage hors interrégion**

**Nom et Prénom de l’interne :** ……………………………………………………………………………

**Adresse personnelle :** …………………………………………………………………................

**Adresse mail :** ………………………………………………………………………........

**N° de téléphone :** …………………………………………....................................................

**Date et lieu de naissance** : ……………………………………………………………………………

**Interrégion d’origine :** ……………………………………………………………………………

**Année du Concours :** ……………………………………………………………………………

**D.E.S. d'inscription :** .……………………………………………………………………………

**Ancienneté de fonctions (**nombre de semestres validés au moment du choix) : …………………………..



**ANNEXE 1**

**MOTIVATIONS DE LA DEMANDE**

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Date :**

**Signature :**



**ANNEXE 2**

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS INTERRÉGION D'ORIGINE

**o-O-o**

**SEMESTRES ACCOMPLIS DANS L’INTERRÉGION D'ORIGINE**

(à remplir par le CHU de rattachement)

ou

(joindre le relevé individuel des stages effectués, fourni par l’ARS de l’interrégion d'origine)

**Nom et Prénom de l'interne :** ……………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Semestres effectués** | **Etablissement d'affectation** | **Service** | **Nom du Chef de service** | **Agrément du service** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Visa du CHU de rattachement :**



**ANNEXE 4**

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS INTERRÉGION D'ORIGINE

**o-O-o**

**AVIS DU CHEF DE SERVICE D'ACCUEIL**

(possibilité d'accueil : 1 seul interne)

**Je, soussigné(e)**  ............................................................................................................

**Chef du Service** ............................................................................................................

**Etablissement** ............................................................................................................

**donne mon accord à M. / Mme** ................................................................................................

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S** ................................................................................................

**afin de l'accueillir dans mon service, pendant le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**.... **à AVRIL 20**....(\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**DATE :**

**SIGNATURE :**



**ANNEXE 4**

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS INTERRÉGION D'ORIGINE

**o-O-o**

**AVIS DU COORDONNATEUR RÉGIONAL**

**DE L’INTERRÉGION D'ORIGINE**

**Je, soussigné(e)** ............................................................................................................

**Coordonnateur local du D.E.S.**

............................................................................................................

* **autorise M. / Mme**............................................................................................................
* **n’autorise pas M. / Mme**.................................................................................................

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S. que je coordonne,**

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**… **à AVRIL 20**.... (\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans l’INTERRÉGION de :** ...........................................................................................................

Motif si *avis défavorable ou réservé* : …………………………………………………………………

**DATE :**

**SIGNATURE :**



**ANNEXE 6**

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS RÉGION D'ORIGINE

**o-O-o**

**AVIS DU COORDONNATEUR RÉGIONAL**

**DE LA RÉGION D'ACCUEIL**

**Je, soussigné(e)** ............................................................................................................

**Coordonnateur interrégional du D.E.S.**............................................................................................

* **autorise M. / Mme**............................................................................................................
* **n’autorise pas M. / Mme**.................................................................................................

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S. que je coordonne,**

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**… **à AVRIL 20**.... (\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans l’INTERRÉGION de :** .............................................................................

Motif si *avis défavorable ou réservé* : …………………………………………………………………

**DATE :**

**SIGNATURE :**



**ANNEXE 7**

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS INTERRÉGION D'ORIGINE

**o-O-o**

**AVIS DU DIRECTEUR DE L’U.F.R. D’ORIGINE**

**Je, soussigné(e)** ............................................................................................................

**Doyen de la Faculté de Pharmacie de**

............................................................................................................

* **autorise M. / Mme**............................................................................................................
* **n’autorise pas M. / Mme**.................................................................................................

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S.**

.............................................................................................................

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**… **à AVRIL 20**.... (\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans l’INTERRÉGION de :** ..................................................................................................

Motif si *avis défavorable ou réservé* : …………………………………………………………………

**DATE :**

**SIGNATURE :**



**ANNEXE 8**

DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS RÉGION D'ORIGINE

**o-O-o**

**AVIS DU DIRECTEUR DE L’U.F.R. D’ACCUEIL**

**Je, soussigné(e)** ............................................................................................................

**Doyen de la Faculté de Pharmacie de**

............................................................................................................

* **autorise M. / Mme**............................................................................................................
* **n’autorise pas M. / Mme**.................................................................................................

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S.** ....................................................................................................

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**… **à AVRIL 20**.... (\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans l’INTERRÉGION de :** ……….............................................................................

Motif si *avis défavorable ou réservé* : …………………………………………………………………

**DATE :**

**SIGNATURE :**



**ANNEXE 9**

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS INTERRÉGION D'ORIGINE**

**o-O-o**

**AVIS DU DIRECTEUR DU C.H.U. DE RATTACHEMENT**

**Je, soussigné(e)** ............................................................................................................

**Directeur du C.H.U. de** ............................................................................................................

**autorise M. / Mme** ............................................................................................................

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S.** .................................................................................................

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**… **à AVRIL 20**.... (\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans le Service :** ............................................................................................................

**auprès de M. / Mme** ............................................................................................................

(Nom du chef de service)

**Etablissement**  ............................................................................................................

(Les éléments de rémunération prévus à l'article 10 du décret n° 99-930 du 10 novembre 1999, restant à ma charge).

**DATE :**

**CACHET :**

**SIGNATURE :**



**ANNEXE 10**

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS INTERRÉGION D'ORIGINE**

**o-O-o**

**AVIS DE L’ARS RÉGIONALE D'ORIGINE**

**Je soussigné(e), Directeur Général de l’Agence Régionale de Santé**

**PACA**

**autorise sous réserve des autres avis obligatoires**

**M. / Mme** ......................................................................................................................................

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S.** .................................................................................................

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**… **à AVRIL 20**.... (\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans le Service :** ............................................................................................................

**auprès de M. / Mme** ............................................................................................................

(Nom du chef de service)

**Etablissement** ............................................................................................................

**Subdivision** ............................................................................................................

**CACHET :** **DATE :**

**SIGNATURE :**



**ANNEXE 11**

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS INTERRÉGION D'ORIGINE**

**o-O-o**

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL**

**Je, soussigné(e)** …………………………………………………………………………...

**Directeur du (nom de l'établissement)** ……………………………………………………

**autorise M. / Mme** ..........................................................................................................……..

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S.** ……………………………………………………………

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**… **à AVRIL 20**.... (\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans mon établissement** (les éléments de rémunération prévus à l'article 10 du décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 restant à la charge du C.H.U. de rattachement)

**Service :** ...................................................................................................................

**auprès de M. / Mme** ...................................................................................................................

(Nom du chef de service)

**DATE :**

**CACHET : SIGNATURE :**



**ANNEXE 12**

**DEMANDE DE STAGE D'INTERNAT  
HORS INTERRÉGION D'ORIGINE**

**o-O-o**

**AVIS DE L’ARS RÉGIONALE D'ACCUEIL**

**Je soussigné, Directeur Général de l’Agence Régionale de Santé de**

...........................................................................................................................................................

**autorise M. / Mme** ………................................................................................................

**interne, inscrit(e) dans le D.E.S.** ................................................................................................

**rattaché(e) à l’interrégion** ...............................................................................................

**à accomplir le semestre de :**

**NOVEMBRE 20**… **à AVRIL 20**.... (\*)

**ou**

**MAI à OCTOBRE 20**.... (\*)

(\*) Rayer la mention inutile.

**dans le Service :** ............................................................................................................

**auprès de M. / Mme** ............................................................................................................

(Nom du chef de service)

**Etablissement** ............................................................................................................

**DATE :**

**CACHET :**

**SIGNATURE :**