# DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION ("INTERCHU")

REGLEMENTATION

Les internes peuvent demander à réaliser trois stages dans une subdivision autre que celle dans laquelle ils ont été affectés.

Le choix d'un stage hors subdivision exige au préalable, au sein de la subdivision d'origine, la validation de deux stages.

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Stages-hors-subdivision-Inte.130267.0.html>

STAGE A L’ETRANGER

Pour réaliser un stage hors-subdivision à l’étranger, l’interne doit avoir **validé au moins 4 stages de formation**.

Il est possible d’effectuer **1 ou 2 stages consécutifs à l’étranger**.

La constitution, ainsi que l’instruction du dossier, restent identiques à une demande de stage INTERCHU dans le pays d’origine. Seul l’avis du praticien agréé-maître de stage est remplacé par l’avis du praticien, identifié comme responsable de l’interne en stage.

La qualité pédagogique du lieu de stage et du pharmacien identifié comme responsable de l’interne en stage, ainsi que les conditions d’équivalence d’enseignement susceptibles d’être accordées, seront évaluées par le Directeur de l’unité de formation et de recherche.

STAGE DANS LES DOM TOM

**Stages "hors subdivision" Antilles/Guyane, Océan Indien**

*Depuis novembre 2017, la gestion des stages aux Antilles/Guyane, Réunion et Mayotte est rentrée dans le cadre de la procédure de droit commun.*
Pour toute information concernant le dépôt de candidature, vous pouvez vous adresser :

**- pour l'UFR des Antilles/Guyane**

Procédure : <https://sante.u-bordeaux.fr/College-Sante/DOM-TOM/Stages-hors-subdivision-dans-les-DOM-TOM-PROCEDURE-DE-RECRUTEMENT>

Renseignement : Mme Venise OPET : venise.opet@univ-ag.fr

**- pour l'UFR Santé de l'Océan Indien (Réunion et Mayotte)**

Renseignement : M. Mario CAPET : stage-hors-subdivision-oi@univ-reunion.fr

Documents à fournir pour le traitement de votre demande :

🞏 une lettre de demande

🞏 un projet de stage

🞏 l'avis du coordonnateur interrégional du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'origine /

🞏 l’avis du doyen de l’UFR d’origine {*Annexe 1*}.

*L’avis du doyen est envoyé à la signature par le service de la scolarité.*

🞏 l'avis du coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de la région d’accueil /

🞏 l’avis du doyen de l’UFR d’accueil {*Annexe 2*}

🞏 l'avis du chef de service d'accueil /

🞏 l’avis du directeur de l'établissement hospitalier ou de l'organisme d'accueil {*Annexe3*}

Au service de la scolarité, soit :

1. Sur place / par voie postale :

Faculté de Pharmacie de Chatenay-Malabry

Service de la scolarité- Gestion DES

5 rue Jean-Baptiste Clément

92296 Chatenay-Malabry cedex

1. Ou par courrier électronique: ***patricia.buffat@u-psud.fr***

Délais à respecter :

Les dossiers complets doivent être adressés au service de la scolarité :

* Le **1er juillet** pour le semestre de novembre à mai
* Le **1er janvier** pour le semestre de mai à novembre

***L’autorisation est accordée semestre par semestre.***

**DEMANDE DE STAGE**

**HORS SUBDIVISION**

**Nom** : **Prénom** :

**Nom de jeune fille** :

**Date et lieu de Naissance** :

**Adresse postale** :

**CP** : **Ville** :

**Adresse mail** :

**Téléphone** :

**Subdivision d’origine** :

**Année du concours : Filière :**

* + 1. **de :**

**Semestre en cours :**

**PERIODE DE STAGE DEMANDEE**

 **🞏 MAI 20… à OCTOBRE 20…**

 🞏 **NOVEMBRE 20… à AVRIL 20…**

**STAGE SOUHAITE**

**Etablissement** :

**Service :**

**Chef de service :**

***Date de la demande : Signature de l’interne :***

**DEMANDE DE STAGE**

**HORS SUBDIVISION**

**Subdivision d’origine**

# Annexe 1

Nom de l’interne: Prénom :

Période de stage demandée : Mai 20… à Octobre 20… Novembre 20… à Avril 20… Etablissement :

Service :

# Avis du coordonnateur interrégional de l’interrégion d’origine

Je soussigné(e) ............................................................................................................................ Coordonnateur interrégional du D.E.S. de ….............................................................................

Autorise l’interne, inscrit(e) dans le D.E.S. que je coordonne, à accomplir un stage en dehors de sa subdivision d’origine.

Date : Signature :

#  Avis du doyen de l’U.F.R. d’origine

Je soussigné(e) ............................................................................................................................ Doyen de la FACULTE de PHARMACIE de ................................................................................

Autorise l’Interne, inscrit(e) dans le D.E.S. de ...........................................................................

A accomplir un stage en dehors de sa subdivision d’origine.

Date : Signature :

**DEMANDE DE STAGE**

**HORS SUBDIVISION**

**Subdivision d’accueil**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Annexe 2** |  |
| **Nom de l’interne:****Période de stage demandée : Etablissement :****Service** : | **Mai 20… à Octobre 20…** | **Prénom** :**Novembre 20… à Avril 20…** |

#  Avis du coordonnateur interrégional de l’interrégion d’accueil

Je soussigné(e) ............................................................................................................................ Coordonnateur interrégional du D.E.S. de ….............................................................................

Autorise l’interne, inscrit(e) dans le D.E.S. que je coordonne, à accomplir un stage en dehors de sa subdivision d’origine.

Date : Signature :

#  Avis du doyen de l’U.F.R. d’accueil

Je soussigné(e) ............................................................................................................................ Doyen de la FACULTE de PHARMACIE de ................................................................................

Autorise l’Interne, inscrit(e) dans le D.E.S. de ...........................................................................

A accomplir un stage en dehors de sa subdivision d’origine.

Date : Signature :

**DEMANDE DE STAGE**

**HORS SUBDIVISION**

**Subdivision d’accueil**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Annexe 3** |  |
| **Nom de l’interne:****Période de stage demandée : Etablissement :****Service** : | **Mai 20… à Octobre 20…** | **Prénom** :**Novembre 20… à Avril 20…** |

# Avis du Chef de service d’accueil

Je soussigné(e) ............................................................................................................................

Chef du Service de .......................................................................................................................

Autorise Madame(\*) Monsieur(\*)...…...........................................................................................

A accomplir 1 semestre dans mon service.

Date : Signature :

# Avis du directeur de l'établissement hospitalier ou de l'organisme d'accueil

Je soussigné(e) ............................................................................................................................ Directeur de ……………………………………................................................................................

Autorise Madame(\*) Monsieur(\*)...…...........................................................................................

A accomplir 1 semestre dans le service de ………………………………………………………… Date : Signature :