

PROCEDURE A L'ATTENTION DES INTERNES DE LA REGION ANTILLES GUYANE

Dossier Parcours Hors Subdivision

Les pièces actualisées du dossier que l'Interne doit regrouper sont

DOCUMENT DE CANDIDATURE, page 01 et :

- Lettre de motivation visé et CV professionnel de l'Interne
- Projet de stage par semestre demandé
- Répartition des semestres (joindre impérativement l'avis des chefs de service)

ANNEXE 01 - Avis du coordonnateur de la région Antilles-Guyane (si demande dérogatoire : joindre **impérativement** la lettre **avec avis motivé** du coordonnateur) & Avis du coordonnateur de la Subdivision d'accueil, page 02

ANNEXE 02 - Avis signés des Directeurs, page 03

1. de l'établissement hospitalier universitaire d'accueil
2. du Directeur de l'U.FR. des Sciences Médicales d'accueil

ANNEXE 03 - Avis signés des Directeurs, page 04

1. de l'établissement hospitalier universitaire d'origine
2. de l'U.FR. des Sciences Médicales d'origine

Il est de la responsabilité de l'Interne de

1. faire les démarches pour l'obtention de ces différents documents
2. adresser un CV et une lettre de motivation aux coordonnateurs de la région Antilles-Guyane et du Coordonnateur de la Subdivision d'accueil
3. regrouper et numériser les 04 pages du dossier de candidature (fichiers au format .pdf)
4. adresser à la scolarité de la Faculté des Antilles dans les délais impartis en demandant un email d'accusé de réception

NOTA BENE :

La date limite d'envoi des documents listés ci-dessus pour les demandes concernant

- le semestre Mai : **15 Octobre**
- le semestre de Novembre : **15 avril**

à la scolarité 3^{ème} cycle de la Faculté : emilie.diomar@univ-antilles.fr, venise.opet@univ-antilles.fr
Contact téléphonique : 0590 48 30 23

A réception du dossier à présenter en commission, la scolarité la Faculté Antilles complètera le dossier à soumettre à la Commission par :

- le Relevé de cursus
- l'Avis signé du Doyen de la Faculté des Antilles (annexe 3)

Après examen du dossier en commission Parcours hors subdivision, sera communiquée, la décision de validation de la demande Inter-CHU par la Commission Parcours Hors Subdivision de l'UFR Santé Faculté H. BASTARAUD des Antilles :

ATTENTION : Le dossier ACTUALISE, daté de moins de 03 mois, signé et tamponné doit être constitué par l'Interne demandeur lui-même

Ce n'est le rôle ni de la Faculté des Antilles, ni des Directions hospitalières de constituer le dossier ou de l'envoyer

Dossier à retourner au :	Service Scolarité 3ème Cycle Campus de Fouillole BP 145 – 9714 POINTE A PITRE CEDEX Contact : 0590 48 30 23– Fax : 0590 48 30 28 e-mail : emilie.diomar@univ-antilles.fr , venise.opet@univ-antilles.fr
Avant le :	15 octobre pour le semestre de mai 15 avril pour le semestre de novembre

DOSSIER DE CANDIDATURE PARCOURS HORS SUBDIVISION ANTILLES-GUYANE

**DEMANDE
REGLEMENTAIRE**

**DEMANDE POUR UN
SEMESTRE DEROGATOIRE**

NOM – PRENOM – NOM D'EPOUSE	
DATE et LIEU DE NAISSANCE	
N°SECURITE SOCIALE	
ADRESSE PERSONNELLE :	
TELEPHONE PERSONNEL	
E-MAIL	
CHU DE RATTACHEMENT (contact Etablissement)	
ECN	
Année :	Rang de classement :
DES D'INSCRIPTION	
ANCIENNETE DE FONCTION (Nombre de stages validés au moment de partir en stage hors subdivision) = Sem. 01 - Sem. 02 - Sem. 03 - Sem. 04 -	

Date :

Signature :

Cadre réservé à l'administration

Etat de l'Inscription administrative annuelle - Effectuée ?	Décision de la commission des Antilles-Guyane
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable, motif :

ANNEXE 1

AVIS DES COORDONNATEURS

Après demande exprimée auprès des deux coordonnateurs par l'interne
(CV + lettre de motivation à la charge de l'interne)

COORDONNATEUR ANTILLES GUYANE DE LA SPECIALITE	COORDONNATEUR DE L'UFR D'ACCUEIL DE LA SPECIALITE		
<p>Je soussigné</p> <p>Coordonnateur de la spécialité :</p> <p>Joindre une lettre motivant votre accord si demande pour un semestre dérogatoire</p>	<p>Je soussigné</p> <p>Coordonnateur de la spécialité :</p>		
<p align="center">Autorise l'interne</p> <p align="center">A effectuer au sein de la subdivision</p> <p align="center">les semestres suivants (selon que le DES soit en 4 ans ou plus) :</p> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p><u>DES de 4 ans (2 semestres)</u></p> <p><input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p><u>DES de 5 – 6 ans (3 semestres)</u></p> <p><input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p> </td> </tr> </table>		<p><u>DES de 4 ans (2 semestres)</u></p> <p><input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p>	<p><u>DES de 5 – 6 ans (3 semestres)</u></p> <p><input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p>
<p><u>DES de 4 ans (2 semestres)</u></p> <p><input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p>	<p><u>DES de 5 – 6 ans (3 semestres)</u></p> <p><input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..</p>		
<p align="center">Signature coordonnateur Antilles Guyane</p>	<p align="center">Signature coordonnateur d'accueil</p>		
<p>Date :</p> <p>Cachet :</p> <p>Signature :</p>	<p>Date :</p> <p>Cachet :</p> <p>Signature :</p>		

NB : Si stage sur plusieurs subdivisions, remplir autant d'annexe 1 que d'UFR de destination

ANNEXE 2

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION
AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER (UNIVERSITAIRE)

AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES
DE LA SUBDIVISION D'ACCUEIL

DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER (UNIVERSITAIRE) D'ACCUEIL	DIRECTEUR DE L'UFR DES SCIENCES MEDICALES D'ACCUEIL
Je soussigné	Je soussigné
Directeur du	Directeur de
Autorise l'Interne	Autorise l'Interne
A accomplir les semestres de :	A accomplir les semestres de :
<input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..	<input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..
<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..
<u>et</u> pour les DES 5-6 ans	<u>et</u> pour les DES 5-6 ans
<input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..	<input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..
Au sein de mon établissement hospitalier	Dans la subdivision de
Date :	Date :
Cachet :	Cachet :
Signature :	Signature :

- Sous réserve de la décision de la commission -

NOTA BENE : Les éléments de rémunération restent à la charge du C.H.U de rattachement de la Subdivision d'origine, c'est à dire Antilles Guyane

ANNEXE 3
DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION
AVIS DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER (UNIVERSITAIRE)
AVIS DU DIRECTEUR DE L'U.F.R. SANTE DE LA SUBDIVISION DES ANTILLES GUYANE

DIRECTEUR DU CHU ANTILLES GUYANE DE RATTACHEMENT	DIRECTEUR DE L'UFR SANTE DES ANTILLES GUYANE
Je soussigné	Je soussigné Suzy DUFLO
Directeur du	Directeur de l'UFR Santé Faculté H. BASTARAUD des Antilles
Autorise l'Interne	Autorise l'Interne
A accomplir les semestres de :	A accomplir les semestres de :
<input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..	<input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..
<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 20.. à AVRIL 20..
et pour les DES 5-6 ans	et pour les DES 5-6 ans
<input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..	<input type="checkbox"/> MAI 20.. à OCTOBRE 20..
Dans la subdivision de	Dans la subdivision de
Date :	Date :
Cachet :	Cachet :
Signature :	Signature :
<p>- Sous réserve de la décision de la commission –</p> <p><u>NOTA BENE</u> : Les éléments de rémunération restent à la charge du C.H.U de rattachement de la Subdivision d'origine, c'est à dire Antilles Guyane</p>	