

INTERNAT DE PHARMACIE

DEMANDE SPECIFIQUE POUR LE PROCHAIN SEMESTRE

- CHANGEMENT DE REGION (uniquement pour le semestre d'hiver)**
- STAGE EN SURNOMBRE** (art. 16 du décret n° 2012-173 du 3 février 2012)

A RETOURNER

à l'agence régionale de santé Hauts-de-France
D.O.S. – service gestion et formation des professionnels de santé
556 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE
ars-hdf-internes@ars.sante.fr

jusqu'au 12 août (semestre d'hiver de novembre à avril)

jusqu'au 13 janvier (semestre d'été de mai à octobre)

Promotion : Discipline. :

Nom : Nom marital :

Prénom :

Nombre de semestres validés (semestre en cours inclus) :

Adresse :

Tél. : Email :

Je soussigné.....

sollicite un changement de région pour le semestre de novembre région

un stage en surnombre : validant non validant

Dates de congés maternité :
(fournir le justificatif CPAM)

Date et visa du coordonnateur local
du DES de la filière d'origine
(sauf pour surnombre)

Date et visa du coordonnateur local
du DES de la filière d'accueil

Date et signature du demandeur