

## DEMANDE DE CHANGEMENT DE SPÉCIALITÉ – DROIT AU REMORDS

### Formulaire à remplir par l'interne

**Documents à transmettre, avant le :**

- 30 juin de l'année N pour le semestre d'hiver
- 31 décembre de l'année N-1 pour le semestre d'été

**Aux adresses suivantes :**

- **Faculté de médecine :** [medspe@univ-st-etienne.fr](mailto:medspe@univ-st-etienne.fr) ou [medgen@univ-st-etienne.fr](mailto:medgen@univ-st-etienne.fr)
- **CHU - direction des affaires médicale**
- **ARS -**
- **Représentants des internes**

Nom de l'interne :

Nom d'épouse, le cas échéant :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Année du concours :

Classement :

Actuellement inscrit dans le DES de :

Demande à intégrer le DES de :

À compter du :

**Je reconnais avoir pris connaissance que ce changement de spécialité sera définitif.**

Fait à ....., le .....

Signature de l'interne :

*Joindre obligatoirement les annexes 1 à 3, complétées et signées*

**Annexe 1 : Avis ou accord du coordonnateur de la spécialité d'accueil dans le cadre de la demande de changement de spécialité**

Je soussigné (e), Professeur :

Coordonnateur du DES de :

Autorise M. / Mme :

A suivre le cursus de ce DES à compter du semestre de :

\* Novembre 202... à avril 202..

\* Mai à octobre 202...

Les stages, dont celui en cours, pris en compte au titre de la nouvelle demande d'affectation sont les suivants :

<b>Semestre</b>	<b>Reprise phase socle ou approfondissement</b>	<b>Service</b>	<b>Chef de service</b>

Fait à ....., le .....

SIGNATURE et CACHET DU COORDONNATEUR :

**Annexe 2 : Information portée au coordonnateur local de la spécialité d'origine**

Je soussigné (e), Professeur :

Coordonnateur du DES de :

Atteste avoir été informé de la demande de changement de spécialité de M./Mme .....

Observations éventuelles :

Fait à ....., le .....

SIGNATURE ET CACHET DU COORDONNATEUR :

### **Annexe 3 : Avis motivé du doyen de la Faculté de Santé**

Je soussigné (e), Professeur :

Doyen de la faculté de santé de :

Atteste avoir été avisé de la demande de changement de spécialité de M./Mme .....

Atteste que la présente demande relève des dispositions réglementaires de l'arrêté du 12 avril 2017 suivantes :

- Article 7-II > Le DAR en rang utile
- Article 7-III > Le DAR vers des postes vacants
- Article 7- IV > Régulation des affectations par vacance de poste

Et prononce l'avis suivant :

Fait à ....., le .....

SIGNATURE et CACHET DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE SANTÉ