**DEMANDE DE DROIT AU REMORDS**

*Selon l’article 7 de l’arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de Médecine*

*A formuler au plus tard durant le 2ème semestre de la phase 2*

*III. - L'étudiant fait la demande de changement de spécialité par un courrier adressé au directeur de l'unité de formation et de recherche dans laquelle il est inscrit, au* ***cours des deux premiers mois*** *du semestre de formation.*

N° étudiant :

Année ECN : Classement :

Nom -Prénom

Inscrit en DES de :

Demande un droit au remords vers le DES de :

A compter du semestre de : ❑ Mai 20…. ❑ Novembre 20…

**Stages validés dans la nouvelle maquette :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Chef de service****Nom du service****Lieu (Hôpital et Ville)** | **Validation****(OUI/ NON)** | **Validation pour nouvelle maquette** **(A remplir par le nouveau coordonnateur)****(OUI/NON)** |
| SEMESTRE 1 |  |  |  |
| SEMESTRE 2 |  |  |  |
| SEMESTRE 3 |  |  |  |
| SEMESTRE 4 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signature de l’interne** | **Avis du Coordonnateur local de la spécialité d’origine** | **Avis du Coordonnateur local de la spécialité demandée** | **Décision du Directeur de l’UFR Médecine et sciences de la santé** | **Avis du Directeur Générale de l’Agence Régionale de la Santé** |
|  | **Favorable\*****Défavorable\*** | **Favorable\*****Défavorable\*** | **Favorable\*****Défavorable\*** | **Favorable\*****Défavorable\*** |
| **Date :****Signature** | **Date :****Signature****Cachet** | **Date :****Signature****Cachet** | **Date :****Signature****Cachet** | **Date :****Signature****Cachet** |

 \*Rayer la mention inutile