DOSSIER de CANDIDATURE pour une **PERMUTATION**
de STAGE de 3ème cycle des études médicales
au sein de l'INTER REGION OUEST (**Procédure HUGO**)

Permutation entre :

Nom-Prénom : ..... Spécialité :.....
Faculté de rattachement :.....

Nom-Prénom : ..... Spécialité :.....
Faculté de rattachement :.....

imprimé n° 1-Rattachement-

NOM et Prénom de l'interne :.....
Adresse :.....
N° de téléphone :.....
Adresse électronique :.....

SUBDIVISION DE RATTACHEMENT

CHU de rattachement :.....
Année de l'ECN :..... Filière :.....
Inscription au D.E.S. de :.....
Nombre de semestres validés :.....

SUBDIVISION D'ACCUEIL

Période souhaitée : ..... novembre 20.. à avril 20..
mai 20.. à octobre 20..
CHU accueil :.....
Service d'accueil :.....
Chef de service d'accueil :.....

Date et signature de l'interne

Le Président d'internat du CHU de rattachement	**Le Coordonnateur local de la faculté de rattachement**	**le Directeur du CHU de rattachement**	**Le Doyen de la faculté de médecine de rattachement**	**Le Coordonnateur interrégional**
Accord* Refus* Date : Signature :	Accord* Refus* Date : Signature :	Accord* Refus* Date : Signature :	Accord* Refus* Date : Signature :	Accord* Refus* Date : Signature :

Les accords sont à recueillir dans l'ordre
* rayer la mention inutile

DOSSIER de CANDIDATURE pour une **PERMUTATION de STAGE** de 3ème cycle des études médicales
au sein de l'INTER REGION OUEST (**Procédure HUGO**)

Permutation entre :

Nom-Prénom :.....Spécialité :.....
Faculté de rattachement :.....

Nom-Prénom :.....Spécialité :.....
Faculté de rattachement :.....

imprimé n° 2-Accueil

NOM et Prénom de l'interne : .....
Adresse :.....
N° de téléphone :.....
Adresse électronique :.....

SUBDIVISION DE RATTACHEMENT

CHU de rattachement :.....
Année de l'ECN :.....Filière :.....
Inscription au D.E.S. de :.....
Nombre de semestres validés :.....

SUBDIVISION D'ACCUEIL

Période souhaitée :.....novembre 20.. à avril 20..
mai 20.. à octobre 20..
CHU accueil :.....
Service d'accueil :.....
Chef de service d'accueil :.....

Date et signature de l'interne

Accord du coordonateur local de la spécialité si différente	Le Président d'internat du CHU d'accueil	Le chef de service du service d'accueil	Le Directeur du CHU d'accueil	Le Doyen de la Faculté de médecine d'accueil
Accord* Refus* Date : Signature :	Accord* Refus* Date : Signature :	Accord* Refus* Date : Signature :	Accord* Refus* Date : Signature :	Accord* Refus* Date : Signature :

Les accords sont à recueillir dans l'ordre
* rayer la mention inutile