

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

### Dossier Parcours Hors Subdivision

**N.B. : Le dossier regroupe la demande pour les 02 ou 03 semestres selon le DES et ne sera complété qu'une fois**

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

##### DOCUMENT DE CANDIDATURE, page 01

- 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 des coordonnateurs de la région Antilles-Guyane et 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<sup>ème</sup> cycle de la Faculté : [venise.opet@univ-antilles.fr](mailto:venise.opet@univ-antilles.fr)

Contact téléphonique : 0590 48 30 25

#### A réception du dossier la scolarité la Faculté Antilles complétera le dossier par :

- le Relevé de cursus
- l'Avis signé du Doyen de la Faculté des Antilles

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 la Faculté des Antilles

**ATTENTION : Le dossier doit être constitué par l'Interne demandeur lui-même**  
Ce n'est le rôle ni des Facultés d'origine, ni de la Faculté des Antilles, ni des Directions hospitalières de constituer le dossier ou de l'envoyer

Dossier à retourner au :	<b>Service Scolarité 3me Cycle</b> Campus de Fouillole BP 145 – 9714 POINTE A PITRE CEDEX Contact : 0590 48 30 25– Fax : 0590 48 30 28 e-mail : <a href="mailto:venise.opet@univ-antilles.fr">venise.opet@univ-antilles.fr</a>
Avant le :	<b>15 octobre pour le semestre de mai</b> <b>15 avril pour le semestre de novembre</b>

**DOSSIER DE CANDIDATURE PARCOURS HORS SUBDIVISION ANTILLES-GUYANE**

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

Date :

Signature :

***Cadre réservé à l'administration***

Décision de la commission des Antilles-Guyane

- Favorable
- 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
Je soussigné .....  Coordonnateur de la spécialité : .....	Je soussigné .....  Coordonnateur de la spécialité : .....
<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>	
<p><b><u>DES de 4 ans (2 semestres)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2020 à AVRIL 2021</p> <p><input type="checkbox"/> MAI 2021 à OCTOBRE 2021</p>	<p><b><u>DES de 5 – 6 ans (3 semestres)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2020 à AVRIL 2021</p> <p><input type="checkbox"/> MAI 2021 à OCTOBRE 2021</p> <p><input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2021 à AVRIL 2022</p>
<p align="center"><b>Signature coordonnateur Antilles Guyane</b></p>	<p align="center"><b>Signature coordonnateur d'accueil</b></p>
Date :  Cachet :  Signature :	Date :  Cachet :  Signature :

**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"/> NOVEMBRE 2020 à AVRIL 2021	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2020 à AVRIL 2021
<input type="checkbox"/> MAI 2021 à OCTOBRE 2021	<input type="checkbox"/> MAI 2021 à OCTOBRE 2021
<u>et</u> pour les DES 5-6 ans	<u>et</u> pour les DES 5-6 ans
<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2021 à AVRIL 2022	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2021 à AVRIL 2022
Au sein de mon établissement hospitalier	Dans la subdivision de .....
Date :	Date :
Cachet :	Cachet :
Signature :	Signature :

**- Sous réserve de la décision de la commission -**

**NB : 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. DES SCIENCES MEDICALES**  
**DE LA SUBDIVISION DES ANTILLES GUYANE**

DIRECTEUR DU CHU ANTILLES GUYANE DE RATTACHEMENT	DIRECTEUR DE L'UFR DES SCIENCES MEDICALES ANTILLES GUYANE
Je soussigné .....	Je soussigné <b>Raymond CESAIRE</b>
Directeur du .....	Directeur de l' <b>UFR des Sciences Médicales des Antilles</b>
Autorise l'Interne .....	Autorise l'Interne .....
A accomplir les semestres de :	A accomplir les semestres de :
<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2020 à AVRIL 2021	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2020 à AVRIL 2021
<input type="checkbox"/> MAI 2021 à OCTOBRE 2021	<input type="checkbox"/> MAI 2021 à OCTOBRE 2021
<u>et</u> pour les DES 5-6 ans	<u>et</u> pour les DES 5-6 ans
<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2021 à AVRIL 2022	<input type="checkbox"/> NOVEMBRE 2021 à AVRIL 2022
Dans la subdivision de .....	Dans la subdivision de .....
Date :	Date :
Cachet :	Cachet :
Signature :	Signature :

**- Sous réserve de la décision de la commission -**

**NB : 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**