

### DEMANDE DE STAGE DESC(Q)

*Seuls les postes proposés en nutrition au CHRU par le professeur Fontaine, en andrologie par le professeur Rigot, par l'ensemble des établissements dans les DESC(Q) de réanimation, de cancérologie, de pathologies infectieuses, de pédopsychiatrie et d'addictologie seront systématiquement ouverts par l'ARS. Les autres le seront à la carte afin de pouvoir déterminer plus précisément le nombre de stages à ouvrir dans les DES de spécialités médicales.*

#### à retourner

à la FACULTE DE MEDECINE Bureau du 3<sup>ème</sup> cycle de spécialités– Pôle Formation – 59045 LILLE CEDEX  
et  
à l'AGENCE REGIONALE DE SANTE DES 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](mailto:ars-hdf-internes@ars.sante.fr)

**Jusqu'au 14 Juillet (semestre d'hiver)**

**Jusqu'au 13 Janvier (semestre d'été)**

Année de concours : \_\_\_\_\_ D.E.S. : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ NOM MARITAL : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_ Nombre de semestres validés (semestre en cours inclus) : \_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_ sollicite l'ouverture d'un poste d'interne par la commission de subdivision, dans la mesure où celui-ci est proposé par l'établissement

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

intitulé du service : \_\_\_\_\_

Nom du chef de service : \_\_\_\_\_

#### DESC du groupe I :

Allergologie et immunologie clinique

Andrologie

Dermatopathologie

Fœtopathologie

Hémodiagnostic-transfusion

Médecine de la douleur et médecine palliative

Médecine de la reproduction

Médecine légale et expertises médicales

Médecine du sport

Médecine vasculaire

Néonatalogie

Neuropathologie

Nutrition

Pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques

#### DESC(Q) du groupe II :

Gériatrie

pour valider :  la maquette du DES

la maquette du DESC(Q)

Date et visa du Coordonnateur Local  
du DESC(Q)

Date et visa du Coordonnateur Local  
du DES d'inscription

Date et signature du demandeur