

INTERNAT DE MEDECINE SPECIALISEE

Demande d'autorisation d'inscription au DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES COMPLEMENTAIRES

de :

NOM :PRÉNOMS :

Adresse :

Inscrit à l'Université de BREST en DES de :

Année de l'examen national classant :

Filière :

Indiquez, ci-après, les stages effectués depuis votre affectation en qualité d'Interne :

Semestres de stages	Nom du Chef de service	Nom du service Lieu (Hôpital et Ville)	Service agréé pour le DESC(Q) de*
<u>1^{er} stage</u> du : 01/11/ au : 30/04/			
<u>2^{ème} stage</u> du : 01/05/ au : 31/10/			
<u>3^{ème} stage</u> du : 01/11/ au : 30/04/			
<u>4^{ème} stage</u> du : 01/05/ au : 31/10/			
<u>5^{ème} stage</u> du : 01/11/ au : 30/04/			
<u>6^{ème} stage</u> du : 01/05/ au : 31/10/			

* à compléter lorsque le service est agréé pour la spécialité souhaitée.

<p>Avis du Coordonnateur local ----- Favorable** Défavorable**</p> <p>Nom : Date et signature :</p>	<p>Décision du Coordonnateur Interrégional ----- Accord** Refus**</p> <p>Nom : Date et signature :</p>
--	---

** rayer la mention inutile