|  |  |
| --- | --- |
| Direction adjointe Soins de Proximité  et Formations en santé  Département Formations en Santé |  |

**FORMULAIRE D’INSTRUCTION DES DEMANDES DE SURNOMBRE**

**Subdivision de Brest**

*Arrêté du 4 février 2011 relatif à l’agrément, à l’organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.*

*Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.*

*Arrêté du 29 novembre 2022 relatif au changement d’interrégion, de région ou de subdivision pour motif impérieux dans le cadre du troisième cycle des études pharmaceutiques.*

Nom - Prénom : ………………………………………………….……………………………………….

Nom de jeune fille : ……………………………………………….………………………………………

Semestres validés : ……………………………………………………………………………………….

Année universitaire du concours : ……………………………………………………………………….

D.E.S. d’inscription : ………………………………………………………………………………………

**Surnombre** :

Motif du surnombre (cocher la situation pour laquelle le surnombre est demandé)**:**

Grossesse (joindre un certificat de grossesse)

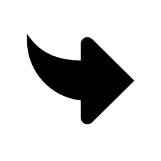
Congé maternité ou paternité

Affection pouvant donner lieu à un congé de long durée prévu à l’article R. 6153-15 du code de la santé publique ou à un congé de longue maladie prévu à l’article R. 6153-16 du même code

Activité syndicale prévue aux articles R. 6153-1 et R. 6153-24-2 du code de la santé publique

Période prévisionnelle d’absence : ……………………………………………………

**La règlementation ne précise pas la notion de validant ou non validant concernant les surnombres. La validation de votre stage sera conditionnée à la réalisation de 4 mois minimum de stage et appréciée en fin de semestre conformément à l’article R. 6153-20 du code de la santé publique.**

**Rappel :**

***Lors de son cursus, un·e interne valide un semestre pris en compte au titre de son ancienneté dans les situations suivantes :***

* *Lorsque le Doyen valide le stage réalisé au titre de la maquette de formation de sa spécialité ;*
* *Lorsque l’étudiante est en congé de maternité ;*
* *Lorsque l’interne est placé·e en situation de congé de longue durée (prévu au R6153-15 code de la santé publique) ou de congé de longue maladie (prévu au R6153-16 CSP).*
* *Lorsque l’interne réalise une année-recherche (décrets n°2019-1331 du 9 décembre 2019 et n°2020-1057 du 14 août 2020) ;*
* *Les disponibilités pour études ou recherches présentant un intérêt général pour une année renouvelable une fois et après six mois de fonctions effectives (décrets n°2019-1331 du 9 décembre 2019 et n°2020-1057 du 14 août 2020) ;*

***A contrario, l’interne placé·e dans les situations suivantes ne valide pas de semestre pris en compte au titre de son ancienneté :***

* *Lorsque le Doyen ne valide pas le stage réalisé au titre de la maquette de formation de sa spécialité ;*
* *Lorsque l’interne sollicite, auprès du directeur général de son Centre Hospitalier Universitaire de rattachement, le placement en situation de disponibilités que ce soit pour :*
* *Accident ou maladie grave du conjoint ou d’une personne avec laquelle il·elle est lié·e par un pacte civil de solidarité, d’un enfant ou d’un ascendant pour une durée d’une année renouvelable une fois, sauf dérogation ;*
* *Stage de formation ou perfectionnement en France ou à l’étranger, pour une année renouvelable une fois et après six mois de fonctions effectives ;*
* *Convenances personnelles, dans la limite d’un an renouvelable une fois, et ce après une année de fonctions effectives.*

Les internes absents aux choix de stages doivent obligatoirement donner procuration, accompagnée de la copie de leur pièce d’identité.

Le dépôt des dossiers pour les autres demandes est à effectuer auprès de l’UFR ou de la Direction des Affaires Médicales du CHU de Brest en fonction de la nature de la demande.

**Formulaire à** **retourner à l’ARS avant le 30/06 pour le semestre de novembre et avant le 31/12 pour le semestre de mai par mail à :** [**ars-bretagne-formations-medicales@ars.sante.fr**](mailto:ars-bretagne-formations-medicales@ars.sante.fr) et/ou [**catherine.lauxeur@ars.sante.fr**](mailto:catherine.lauxeur@ars.sante.fr)

DATE : …………………………… SIGNATURE