

DEMANDE D'AGREMENT D'UN TERRAIN DE STAGE HOSPITALIER

3^{ème} CYCLE : **Spécialités médicales, Spécialités chirurgicales**

(Hors Médecine générale)

Nom de l'établissement :

Tél :

Adresse :

☐ 1^{ère} demande

☐ Renouvellement

IDENTIFICATION DU SERVICE :

Nom du service :

Nom du chef de service :

Adresse mail du chef de service

Téléphone du service :

Spécialité du service :

N° de terrain de stage (obligatoire) :

☐ 1. Changement du chef de service : ☐ Non ☐ Oui

Si changement : Nom et prénom de l'ancien chef de service :

Nom et prénom du nouveau chef de service :

☐ 2. Demande de renouvellement suite à expiration de l'agrément (vérifier sur la liste de l'ARS)

<https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/services-agrees>

☐ 3. Nouvelle demande suite à un refus

☐ 4. Première demande (uniquement pour la commission de juin, et que pour les DES)

En cas de première demande, un numéro de terrain vous sera attribué par l'ARS

Attention : les services dont l'agrément est en cours ne doivent pas faire de dossier

AGREMENT DEMANDÉ

☐ **DES** (préciser obligatoirement le DES demandé :

☐ Pour la Phase 1 (phase socle)

☐ Pour le Phase 2 (phase d'approfondissement)

☐ **FST : Agrément demandé pour la FST de :**

Date, cachet du chef de service

et signature du chef de service :