

**DEMANDE DE POSTE EN SURNOMBRE – SUBDIVISION DE LILLE**

- Décret n° 2016-675 du 25 mai 2016 relatif à la prise en compte de la situation particulière de certains étudiants inscrits en 3<sup>ème</sup> cycle des études de médecine et en 3<sup>ème</sup> cycle long des études odontologiques dans le déroulement de leur formation universitaire en stage
- Décret n° 2016-1008 du 21 juillet 2016 relatif à l'accompagnement des étudiants inscrits en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles des études de santé en situation de handicap et à la prise en compte de la situation particulière de certains étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle spécialisé des études pharmaceutiques dans le déroulement de leur formation universitaire en stage

à retourner

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

et copie  
à la FACULTE DE MEDECINE Bureau du 3<sup>ème</sup> cycle – Pôle Formation – 59045 LILLE CEDEX

Année de l'ECN : .....

D.E.S.(CQ) : .....

NOM : ..... NOM MARITAL : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL. : ..... email : .....

- sollicite un stage en surnombre validant (si vous pensez réaliser au moins 4 mois de stage) *le stage validant permet à l'interne de choisir un poste auquel son rang de classement lui permet de prétendre, avec les mêmes contraintes que les autres internes. La validation du semestre suppose dès lors une présence minimale de 4 mois, conformément à la réglementation en vigueur.*
- sollicite un stage en surnombre non validant (si vous savez que vous ne pourrez réaliser au moins 4 mois de stage) *le stage non validant permet à l'interne de choisir le stage de son choix.*

**Motif : joindre impérativement les pièces justificatives avant les choix pour la prise en compte du surnombre**

- état de grossesse et/ou congé de maternité (*fournir le justificatif CPAM et/ou le certificat médical*)
- affection pouvant donner lieu à un congé de longue durée (CLD) ou à un congé de longue maladie (CLM) et/ou handicap (*fournir les éléments médicaux sous pli confidentiel à l'attention du médecin référent de l'ARS et l'avis du médecin du service de santé au travail*)

**Dates d'absence** .....

**ATTENTION** : 1 seul surnombre par service

Date et signature du demandeur