Pôle Santé
UFR Médecine

Demande de droit au remords
3ème cycle des études de médecine

A compter du semestre de :

Novembre _____ à mai _____ Mai_____ à novembre _____

NOM (naissance) **Prénom :** ..... **N°Etudiant :** .....

D.E.S. actuel : Sélectionner un DES **Année ECN :** 20xx **Rang de classement :** .....

D.E.S. souhaité : Sélectionner un DES **Rang dernier classé :** RÉSERVÉ

Semestres	Services d'affectation antérieurs au droit au remords *(y compris le semestre en cours)*	Stage validé		Accord du coordonnateur local du D.E.S. souhaité sur la reprise du stage	
		NON	OUI	NON	OUI
NOV - MAI MAI - NOV	Etablissement Service R.T.S. (Responsable du Terrain de Stage)	☐	☐	☐	☐
NOV - MAI MAI - NOV		☐	☐	☐	☐
NOV - MAI MAI - NOV		☐	☐	☐	☐
NOV - MAI MAI - NOV		☐	☐	☐	☐

1.Signature de l'étudiant

Fait à Nantes le, ...

2.Signature et tampon du Coordonnateur local du DES actuel

Fait à Nantes le, ...

3. Signature et tampon du Coordonnateur local du DES souhaité

Avis ◯ **Favorable** ◯ **Défavorable**

Fait à Nantes le, ...

4.Signature et tampon du Directeur Général de l'ARS

Accord ◯ **Positif** ◯ **Négatif**

Fait à Nantes le, ...

A transmettre à la Scolarité 3ème cycle - UFR de médecine 1 rue Gaston Veil — BP 53508 — 44035 Nantes CEDEX
des.specialises@univ-nantes.fr

A transmettre au secrétariat DMG - UFR de médecine 1 rue Gaston Veil — BP 53508 44035 Nantes CEDEX
des.medecinegenerale@univ-nantes.fr

Durant le dernier semestre de la phase socle pour les étudiants inscrits en biologie médicale, et au plus tard durant le deuxième semestre de la phase d'approfondissement pour les autres étudiants.