**Demande de changement définitif de spécialité "droit au remords"**

***DOCUMENT A RENVOYER A LA SCOLARITE DU 3ème CYCLE (sco-med3@unice.fr) ACCOMPAGNE D’UN COURRIER A L’ATTENTION DU DOYEN EXPIQUANT LE MOTIF DE CETTE DEMANDE AVANT LE 15 JANVIER POUR LE SEMESTRE DE MAI ET LE 15 JUILLET POUR LE SEMESTRE DE NOVEMBRE***

NOM : PRENOM :

N° DE TELEPHONE : ADRESSE MAIL :

ANNEE ECN : CLASSEMENT AU CONCOURS ECN :

**DISCIPLINE ACTUELLE :**

PHASE SOCLE VALIDEE : OUI NON

**DES DEMANDE :** **A PARTIR DU SEMESTRE** :

|  |  |
| --- | --- |
| SEMESTRES ACCOMPLIS (y compris semestre en cours) | Décision du coordonnateur de la spécialité souhaitée sur la validation du semestre |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATES** | **ETABLISSEMENTS** | **SERVICES** | **CHEFS DE SERVICE** | **Stage validé phase socle spécialité demandée** | **Stage validé phase d’approfondissement spécialité demandée** |
|   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
|   |   |   |   |  |  |

Date : Signature de l’interne :

**CADRE RESERVÉ À L’ADMINISTRATION**

|  |
| --- |
| **AVIS du Coordonnateur de la discipline d’accueil :** FAVORABLE **AVIS DU DOYEN UFR Médecine de Nice** : FAVORABLE DEFAVORABLE ***(à justifier)*** Fait à Nice, le DEFAVORABLE ***(à justifier)***Fait à Nice, le  |
| **AVIS de l’Agence Régionale de Santé PACA :**FAVORABLE DEFAVORABLE ***(à justifier)*** Fait à Marseille, le  |