

Affaire suivie par : Mme Fatou DIALLO

**Direction de l'Offre de Soins**  
**Pôle ressources humaines en Santé**  
**Département des formations des professions de santé**  
**Service formations médicales – Gestion des internats**  
Courriel : [Fatou.DIALLO@ars.sante.fr](mailto:Fatou.DIALLO@ars.sante.fr)  
[ars-idf-professions-medicales@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-professions-medicales@ars.sante.fr)

Téléphone : 01 44 02.04.33  
Télécopie : 01 44 02.04.15

DEMANDE DE CHANGEMENT D'ORIENTATION  
**Demande de droit au remords**  
(à remplir par l'interne)

Nom de l'interne : .....

Nom d'épouse : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

Année du concours (Ile de France) : .....

Actuellement inscrit dans le DES de : .....

demande à intégrer le DES de : .....

à compter du : .....

Fait à ....., le .....

Signature de l'interne