

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
ars-idf-professions-medicales@ars.sante.fr

Téléphone : 01 44 02.04.33

**DEMANDE DE CHANGEMENT D'ORIENTATION DANS LE CADRE DE LA
DEROGATION PREVUE REGLEMENTAIREMENT**
(document 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 :

Je reconnais avoir pris connaissance que ce changement de spécialité est définitif.

Fait à, le

Signature de l'interne :