**FEUILLET 1**

## À RENSEIGNER PAR LE(LA) CANDIDAT(E)

**Remplir informatiquement les champs grisés**

NOM :       Epouse :       Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

 Tél. :

 E-mail :

Subdivision d’origine

INTERNE – D.E.S :

. [ ]  Discipline médicale :

 [ ]  Discipline chirurgicale :

 [ ]  Discipline biologique :

Semestre demandé :

du       au

INSCRIPTION FST :

SUBDIVISION DEMANDÉE :

ETABLISSEMENT ET LIEU DE STAGE DEMANDÉS (préciser le nom du responsable médical du lieu de stage) :

Hôpital :

Nom du service :

Nom du responsable :

Adresse postale :

Mail du responsable (pour envoi fiche évaluation stage) :

Date :

Signature de l’étudiant :

**Documents à joindre au dossier**

Chaque étudiant doit impérativement joindre au dossier :

* **une lettre de motivation** précisant son projet

 . hospitalier

 . et/ou universitaire *(recherche et/ou pédagogie)*

*N.B.* ***LE CANDIDAT PORTERA UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À CETTE LETTRE DE MOTIVATION PERSONNELLE****; elle aura un poids particulier pour départager les candidats et devra détailler les critères d’excellence d’encadrement pédagogique, de recherche clinique ou de formation professionnelle (techniques nouvelles, pour l’étudiant ou pour l’équipe hospitalière ou de recherche mais aussi les intérêts généraux pour le Pôle du CHU (et/ou la Faculté de Médecine) ou pour la médecine générale sur l’excellence du projet professionnel (travail collaboratif, réseaux de soins, nouvelles pratiques en médecine ambulatoire, encadrement pédagogique ….)*

* **un curriculum vitae** comportant les éléments suivants :

 . formation pratique effectuée dans le cadre de l’internat

 . formations complémentaires effectuées *(journées d’enseignement, congrès…)*

 . stages de formation complémentaire

 . publications

 . travaux en cours

 . mémoires

 . communications orales (en premier orateur)

 . activité pédagogique

 . diplômes obtenus

 . formation(s) diplômante(s) complémentaire(s) en cours *(DESC, master, DU/DIU…)*

* **une fiche récapitulative des agréments du responsable médical du lieu de stage de la structure d’accueil (à demander auprès de l’ARS de la région d’accueil)**