Affaire suivie par : **Le service Internat**

Direction des Politiques Régionales de santé

Département RH en santé

Courriel : ars-paca-dos-internat@ars.sante.fr

Téléphones : 04 13 55 81 10 / 11 / 12

**DEMANDE DE CHANGEMENT D’ORIENTATION DANS LE CADRE DE LA DEROGATION PREVUE REGLEMENTAIREMENT**

(Formulaire à remplir par l’interne)

Nom de l’interne…………………………………………………………………………………………………..

Nom d’épouse…………………………………………………………………………………………………….

Prénom…………………………………………………………………………………………………………….

Adresse ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Téléphone …………………………………………………………………………………………………………

Mail…………………………………………………………………………………………………………………

Année du concours ECN……………………………………………………………………………………

Actuellement inscrit en D.E.S. de ………………………………………………………………………………

Demande à intégrer le D.E.S. de ………………………………………………………………………………

A compter du……………………………………………………………………………………………………...

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

Fait à …………………………, le…………………………….

Signature de l’interne