

DEMANDE D'AGREMENT D'UN TERRAIN DE STAGE HOSPITALIER

3^{ème} CYCLE **MEDECINE GENERALE**

Nom de l'établissement :

Tél :

Adresse :

IDENTIFICATION DU SERVICE :

Nom du service :

Nom du chef de service :

Adresse mail du chef de service

Téléphone du service :

Spécialité du service :

N° de terrain de stage (obligatoire) :

1. Changement du chef de service : Non Oui

Si changement : Nom et prénom de l'ancien chef de service :

Nom et prénom du nouveau chef de service :

2. Demande de renouvellement suite à expiration de l'agrément (vérifier sur la liste de l'ARS) *

3. Nouvelle demande suite à un refus

4. Première demande (uniquement pour la commission de juin, et que pour les DES)
En cas de première demande, un numéro de terrain vous sera attribué par l'ARS

Attention : les services dont l'agrément est en cours ne doivent pas faire de dossier

AGREMENT DEMANDÉ

DES (préciser obligatoirement le DES dans lequel vous souhaitez être agréé) :

Agrément demandé dans le DES de :

Pour la Phase 1 (phase socle)

Pour le Phase 2 (phase d'approfondissement)

FST : Agrément demandé pour la FST de :

Date, cachet du chef de service

et signature du chef de service :

*Lien ARS : <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/services-agrees>