

**FORMULAIRE DE DETACHEMENT
DE STAGIAIRE INTERNE AU NIVEAU D'UN EPH**

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance le à

Adresse mail : / Tél :

Année universitaire : Stage de :

Période : du au

Avis des instances d'accueil et d'origine

Le Chef de service d'accueil

Le Directeur des Services Sanitaires de l'Etablissement Public Hospitalier,

- avec prise en charge de l'assurance en responsabilité civile
- sans prise en charge de l'assurance en responsabilité civile

Le Président du Comité Pédagogique du Stage Interné

Le Chef de département

- Le chef de service s'engage à valider le stage.
- Le CPSI se prononce sur la validation du terrain de stage.
- A cocher.

**FORMULAIRE DE DETACHEMENT
DE STAGIAIRE INTERNE AU NIVEAU D'UN CHU**

Nom et Prénom :

Date et lieu de naissance le à

Adresse mail : / Tél :

Année universitaire : Stage de :

Période : du au

Avis des instances d'accueil et d'origine

Le Chef de service d'accueil

Le Directeur des Activités Médicales et Paramédicales du CHU,

- Avec prise en charge de l'assurance en responsabilité civile
- Sans prise en charge de l'assurance en responsabilité civile

Le Président du Comité Pédagogique du Stage Interné

Le Chef de département

- Le chef de service s'engage à valider le stage.
- Le CPSI se prononce sur la validation du terrain de stage.
- A cocher.