



SCOLARITÉ 3è cycle D.E.S / D.E.S.C 27 Boulevard Jean Moulin 13385 Marseille Cedex 05 Tél. : 04.91.32.43.24 / 27	Ouverture au Public : Lundi, Mardi, Jeudi : de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00 Mercredi : de 9h00 à 12h00 Vendredi : de 10h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00
Fiche d'Autorisation d'inscription en D.E.S.C Qualifiant (Groupe 2) <input type="checkbox"/> Chirurgie / <input type="checkbox"/> Gériatrie / <input type="checkbox"/> Réanimation Médicale	

Cocher: 1ère année 2ème année 3ème année

Intitulé du D.E.S.C :

Nom de naissance: Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse : Courriel :

N° I.N.E : Téléphone :

D.E.S. : Obtenu le :

RÉCAPITULATIF A FAIRE RENSEIGNER PAR LE COORDONNATEUR AU VU DU RELEVÉ D'INTERNAT	
Période	Service / Professeur
Semestre 1	
Semestre 2	
Semestre 3	
Semestre 4	

Attention! Dès la première inscription à un D.E.S.C qualifiant, les internes devront avoir programmé un poste dans un terrain de stage agréé, permettant de valider la dernière année du D.E.S.C, et l'avoir fait valider par les coordonnateurs. Une inscription en D.E.S.C ne vous donne pas droit à un poste, il vous appartient de le trouver par vous-même.

Préciser le service, l'hôpital et l'année:

Pour une inscription en dernière année de D.E.S.C : (sur présentation d'un justificatif de nomination)

Fonctions hospitalières exercées pour l'année 2015/2016 :			
Service du Professeur :		Hôpital :	

Partie réservée aux enseignants responsables du D.E.S.C

Nous soussignés, Professeurs, autorisons M....., à prendre une inscription en année de D.E.S.C et attestons que les semestres ci-dessus effectués **au cours du D.E.S.** peuvent être pris en compte pour le D.E.S.C.

Date, cachet et signature du Responsable local :

Date, cachet et signature du Coordonnateur interrégional: