**FEUILLET 5**

## AVIS DU DIRECTEUR DU C.H.R.U. de rattachement

**Demande à adresser à la Direction des Affaires Médicales du CHRU de Nancy :**

**secretariat.dam@chru-nancy.fr** **OU** **DAM.internes@chru-nancy.fr**

**Remplir informatiquement les champs grisés**

Je soussigné(e)

Directeur des Affaires Médicales du C.H.R.U. de

Émet un avis [ ]  favorable / [ ]  défavorable

Observations :

à la demande de stage [ ]  dans une autre subdivision

 [ ]  à l’étranger

sollicitée par :

[ ]  M., [ ]  Mme,

INTERNE – D.E.S. choisi

. [ ]  Discipline médicale :

 [ ]  Discipline chirurgicale :

 [ ]  Discipline biologique :

Pour le semestre de : [ ]  Novembre à Mai

 [ ]  Mai à Novembre

Établissement, lieu de stage et responsable médical du lieu de stage d’accueil :

Hôpital :

Nom du service :

Nom du responsable :

 Date :

 Signature :