**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**](mailto:secretariat.dam@chru-nancy.fr) **OU** [**DAM.internes@chru-nancy.fr**](mailto: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 :