



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Direction de l'offre de soins
Pôle Ressources Humaines en Santé
Département personnel médical
Service des formations initiales médicales et
pharmaceutiques

Affaire suivie par : Service Internat
Courriel :
ars-idf-internes@ars.sante.fr

DEMANDE DE CHANGEMENT D'ORIENTATION

(document à remplir par l'interne)

Nom de l'interne :

Nom d'épouse :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

Année du concours (Ile de France) :

Actuellement inscrit dans le DES de :

demande à intégrer le DES de :

à compter du :

☐ Je reconnais avoir pris connaissance que ce changement de spécialité est définitif.

Fait à, le

Signature de l'interne :