**PRINCIPE de PERMUTATION**

Il s’agit de permuter avec un autre étudiant issu des facultés de Nantes, Rennes, Tours, Angers, Brest, pour un semestre. Il n'y a aucune condition d’ancienneté, l'étudiant doit seulement trouver un étudiant qui accepte d’échanger avec lui dans les conditions ci-dessous :

La permutation doit se faire :

* de préférence entre 2 étudiants effectuant le même DES

ou au moins :

* entre 2 étudiants effectuant un DES en spécialités médicales
* entre 2 étudiants effectuant un DES en spécialités chirurgicales
* entre 2 étudiants effectuant un DES Médecine Générale

Le stage réalisé dans le cadre de l’échange HUGO doit être effectué dans un service du CHU d’accueil et non dans un service d’un des hôpitaux de la subdivision.

***La permutation se fait préférentiellement lors de******la phase d’approfondissement.*** *De manière exceptionnelle, elle peut se réaliser en phase de consolidation. Dans cette dernière situation, l’étudiant en phase de consolidation doit obtenir la validation de la commission facultaire ad hoc via une demande auprès de sa scolarité.*

**CONSTITUTION du DOSSIER**

Pour être accepté en HUGO l'étudiant doit **renseigner électroniquement** le dossier de candidature, et obtenir les autorisations (signatures ET tampons).

**PROCÉDURE POUR L’ÉTUDIANT BRESTOIS :**

Les autorisations doivent être demandées dans l’ordre (de 1 à 3) et formalisées sur le même document.

Une fois les 4 signatures de l’imprimé 1 (Subdivision de rattachement) obtenues, l’étudiant doit le transmettre à son Gestionnaire de Scolarité qui se chargera de l’obtention de la signature de la Directrice de l’UFR Médecine de Brest.

**medecine.internes@univ-brest.fr**

**PROCÉDURE POUR L’ÉTUDIANT DE L’AUTRE SUBDIVISION :**

Les autorisations doivent être demandées dans l’ordre (de 1 à 5) et formalisées sur le même document.

Une fois les 3 signatures de l’imprimé 2 (Subdivision d’accueil) obtenues, l’étudiant doit le transmettre au Gestionnaire de Scolarité de Brest qui se chargera de l’obtention de la signature de la Directrice de l’UFR Médecine de Brest.

**medecine.internes@univ-brest.fr**

Il n’y a pas de commission. Si le dossier est tamponné/signé par tous les acteurs, l’HUGO est autorisé.

En ce qui concerne les choix de stage : l’interne choisit, dans sa subdivision, en fonction de son rang de classement le stage demandé par l’interne de l’autre subdivision, et réciproquement.

**DÉLAIS DE REMISE DES IMPRIMÉS**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Se renseigner auprès de la scolarité*** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Permutation entre :** | NOM Prénom : |  | UFR de rattachement : |  |
| **et :** | NOM Prénom : |  | UFR de rattachement : |  |

**IMPRIMÉ 1 : Subdivision de RATTACHEMENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **NOM Prénom** : |  |
| Adresse : |  |
| Email universitaire : |  | Tél. : |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SUBDIVISION de RATTACHEMENT** |
|  |
| Année ECN : |  |  | Rang de classement : |  |  |
| DES de : |  |
| Semestres qui seront validés avant l’échange : |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **SUBDIVISION d’ACCUEIL** |
|  |
| Période souhaitée : | [ ]  Novembre  à Avril  | [ ]  Mai  à Octobre  |
| CHU d’accueil : |  |
| Nom du Service : |  |
| R.T.S. : |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date et signature de l’étudiant** | **1. Le Président d’internat du CHU****de rattachement** | **2. Le Coordonnateur local du D.E.S.****de la Faculté de rattachement** |
| **Pour information** |  | [ ]  Accord | [ ]  Refus |
| *Tampon et signature* | *Tampon et signature* |
| Date : | Date : |
|  |  |  |
| **3. Le Directeur du CHU****de rattachement** | **Le Doyen de la Faculté de médecine de rattachement** | **Phase de consolidation Accord du Doyen après avis de la commission locale *ad hoc*** |
| [ ]  Accord | [ ]  Refus | [ ]  Accord | [ ]  Refus | [ ]  Accord | [ ]  Refus |
| *Tampon et signature* | *Tampon et signature* | *Tampon et signature* |
| Date : | Date : | Date : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Permutation entre :** | NOM Prénom : |  | UFR de rattachement : |  |
| **et :** | NOM Prénom : |  | UFR de rattachement : |  |

**IMPRIMÉ 2 : Subdivision d’ACCUEIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **NOM Prénom** : |  |
| Adresse : |  |
| Email universitaire : |  | Tél. : |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SUBDIVISION de RATTACHEMENT** |
|  |
| Année ECN : |  |  | Rang de classement : |  |  |
| DES de : |  |
| Semestres qui seront validés avant l’échange : |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **SUBDIVISION d’ACCUEIL** |
|  |
| Période souhaitée : | [ ]  Novembre à Avril  | [ ]  Mai  à Octobre  |
| CHU d’accueil : |  |
| Nom du Service : |  |
| R.T.S. : |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date et signature de l’étudiant** | **1. Le Président d’internat du CHU****d’accueil** | **2. Le Responsable du Terrain****de Stage d’accueil** |
| **Pour information** |  | [ ]  Accord | [ ]  Refus |
| *Tampon et signature* | *Tampon et signature* |
| Date : | Date : |
|  |  |  |
| **3. Le Coordonnateur local du D.E.S.****de la Faculté d’accueil** | **4. Le Directeur du CHU****d’accueil** | **5. Le Doyen de la Faculté de médecine****d’accueil** |
| [ ]  Accord | [ ]  Refus | [ ]  Accord | [ ]  Refus | [ ]  Accord | [ ]  Refus |
| *Tampon et signature* | *Tampon et signature* | *Tampon et signature* |
| Date : | Date : | Date : |