

## Formulaire de candidature

### Formation Spécialisée Transversale (FST)

Un étudiant peut être autorisé à suivre une FST. Les DES à options dites précoces peuvent ouvrir droit à suivre une FST. L'accès aux options et FST s'appuie sur le projet professionnel.

Un étudiant peut présenter deux candidatures consécutives à une option ou à une formation spécialisée transversale donnée.

L'étudiant confirme au coordonnateur local de la spécialité ses vœux d'options ou de FST au plus tard dans le mois précédant le semestre avant celui pendant lequel il pourra suivre cette formation.

L'interne suit la FST pour laquelle il a été autorisé à s'inscrire dans l'année universitaire pour laquelle le poste a été ouvert conformément à l'arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé fixant chaque année, par centre hospitalier universitaire, le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine autorisés à suivre une option ou une formation spécialisée transversale mentionné aux articles R. 632-21 et 632-22 du code de l'éducation. Il transmet, dans le même délai, à la commission locale de coordination de la spécialité dont il relève, un dossier comprenant une lettre de motivation faisant apparaître son projet professionnel.

La commission locale de coordination de la spécialité est chargée de l'instruction des dossiers de candidature et de l'audition des candidats qu'elle a présélectionnés sur la base des dossiers transmis. Elle établit la liste de classement, par option, des étudiants susceptibles d'être autorisés suivre une option. Cette liste prend en compte, le cas échéant, les éléments figurant dans les arrêtés prévus aux articles [L. 632-2](#) et [R. 632-57](#) du code de l'éducation.

La commission locale de coordination de la spécialité établit une liste de classement, par FST, des étudiants candidats et la transmet au pilote de la FST concernée. Ce dernier, en concertation avec les coordonnateurs locaux des spécialités auxquelles appartiennent les étudiants classés, transmet au directeur de l'unité de formation et de recherche compétent la liste des étudiants susceptibles d'être autorisés, tous diplômes d'études spécialisées confondus, à suivre la FST concernée.

L'étudiant ayant effectué une option ou une FST au titre du présent article voit son ancienneté augmentée du nombre de semestres validés. Conformément à l'article 6 de l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et FST du troisième cycle des études de médecine, lorsque l'option ou la FST allonge la durée de la formation d'un an, les étudiants sont reclassés conformément aux règles de l'article 44 du présent arrêté.

Demande à retourner **Jusqu'au 31 août**

Demande à retourner à :

#### **Pour les internes de Médecine Générale :**

UFR3S - bureau du DMG – pôle formation – 59045 Lille cedex  
[dmg-medecine@univ-lille.fr](mailto:dmg-medecine@univ-lille.fr)

#### **Pour les internes des autres spécialités :**

UFR3S - bureau des spécialités – pôle formation – 59045 Lille cedex  
[3emecycle-medecine@univ-lille.fr](mailto:3emecycle-medecine@univ-lille.fr)

#### **Pour les internes de Pharmacie :**

UFR3S - Pharmacie - 3, rue du Professeur Laguesse - BP83 - 59006 Lille Cedex  
[pharma-scol-des@univ-lille.fr](mailto:pharma-scol-des@univ-lille.fr)

FST souhaitée :

### Informations sur l'Interne

NOM, prénom de l'interne  Promotion

Inscrit dans le DES de :

Nombre de semestres validés au moment de la demande :

Demande déposée auprès du coordonnateur  Oui  Non

Date et signature de l'interne :

### Avis du coordonnateur du DES de l'interne

Un entretien avec l'interne pour étude du projet a été réalisé :

Oui Non

Candidature validée par le coordonnateur  Oui  Non

NOM, prénom du Coordonnateur :

Date, cachet et signature du Coordonnateur :

### Avis du coordonnateur du DES dans lequel le poste sera pourvu

Accord du coordonnateur

Oui Non

Poste insuffisant, ouverture de poste ponctuelle

NOM, prénom du Coordonnateur :

Date, cachet et signature du Coordonnateur :

### Avis du pilote de FST

Un entretien avec l'interne a été réalisé :  Oui  Non

Validation de la candidature à la FST :  Oui  Non

Nom, prénom du Pilote :

Date, cachet et signature du Pilote :

### Stages à effectuer pour la validation de la FST

**Novembre à Mai** : (préciser l'année)

Centre Hospitalier	<input type="text"/>	Spécialité du service	<input type="text"/>
Nom du Chef de service	<input type="text"/>	N° terrain	<input type="text"/>
DES d'origine du poste	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Transfert de poste	<input type="checkbox"/> Création de poste

**Mai à Novembre** : (préciser l'année)

Centre Hospitalier	<input type="text"/>	Spécialité du service	<input type="text"/>
Nom du Chef de service	<input type="text"/>	N° terrain	<input type="text"/>
DES d'origine du poste	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Transfert de poste	<input type="checkbox"/> Création de poste

Stages définis avec le coordonnateur et l'interne

Signature du Pilote

Signature de l'interne