



**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 : F. DIALLO

Courriel :

[ars-idf-professions-medicales@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-professions-medicales@ars.sante.fr)

Téléphone: 01 44 02 04 33

**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 :