AVIS DU DIRECTEUR
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA RÉUNION

Je soussigné, M. Lionel CALENGE, Directeur du Centre hospitalier universitaire de La Réunion

donne mon accord à

M. / Mme _____
nom et prénom du candidat·e

inscrit·e dans la spécialité _____

afin d'accomplir un stage hors subdivision au cours du semestre de

☐ novembre 20 à avril 20

OU

☐ mai 20 à octobre 20

au sein de _____
nom du service d'accueil

_____
nom de l'établissement d'accueil

auprès de _____
nom et prénom du Chef·fe de service d'accueil

– Sous réserve de l'avis favorable de la Commission des stages hors subdivision –

Le / / , à _____

Le Directeur du CHU de La Réunion