**DEMANDE D’AGREMENT D’UN SERVICE**

**FORMATIONS SPECIALISEES TRANSVERSALES (FST) / MEDECINE- BIOLOGIE MEDICALE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020/2021

**PARTIE A – IDENTIFICATION DE L’ETABLISSEMENT**

Nature de l’Etablissement :

N° FINESS /Tel /mail :

Nom de l’hôpital ou de l’Ets extra-hospitalier :

N° et nom de la voie :

Code Postal et commune :

**PARTIE B – IDENTIFICATION DU SERVICE DEMANDANT L’AGREMENT**

N° de dossier (attribué par l’ARS) :

Le service est-il CHU ? :

Nom usuel du service :

Chef de Service :

Tél /mail :

Spécialité du service :

**PARTIE C – DEMANDE D’AGREMENT *(cocher la/les case(s) correspondante(s))***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - | D.E.S / OPTIONS / FST | **AGREMENT****FONCTIONNEL** |
| FST | ADDICTOLOGIE |[ ]
| FST | BIO-INFORMATIQUE MEDICALE |[ ]
| FST | CANCEROLOGIE DECLINAISON HEMATOLO-CANCEROLOGIE PEDIATRIQUE |[ ]
| FST | CANCEROLOGIE TRAITEMENTS MEDICAUX DES CANCERS DECLINAISON CANCEROLOGIE DE L’ADULTE |[ ]
| FST | CARDIOLOGIE PEDIATRIQUE ET CONGENITALE |[ ]
| FST | CHIRURGIE DE LA MAIN |[ ]
| FST | CHIRURGIE EN SITUATION DE GUERRE OU DE CATASTROPHE |[ ]
| FST | CHIRURGIE ORBITO-PALPEBRO-LACRYMALE |[ ]
| FST | DOULEUR |[ ]
| FST | EXPERTISE MEDICALE - PREJUDICE CORPOREL |[ ]
| FST | FOETOPATHOLOGIE |[ ]
| FST | GENETIQUE ET MEDECINE MOLECULAIRE BIOCLINIQUE |[ ]
| FST | HEMATOLOGIE BIOCLINIQUE |[ ]
| FST | HYGIENE – PREVENTION DE L’INFECTION, RESISTANCES |[ ]
| FST | MALADIES ALLERGIQUES |[ ]
| FST | MEDECINE SCOLAIRE |[ ]
| FST | MEDECINE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION – ANDROLOGIE |[ ]
| FST | MEDECINE DU SPORT |[ ]
| FST | NUTRITION APPLIQUEE |[ ]
| FST | PHARMACOLOGIE MEDICALE / THERAPEUTIQUE |[ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - | D.E.S / OPTIONS / FST | **AGREMENT****FONCTIONNEL** |
| FST | SOINS PALLIATIFS |[ ]
| FST | SOMMEIL |[ ]
| FST | THERAPIE CELLULAIRE / TRANSFUSION |[ ]
| FST | URGENCES PEDIATRIQUES |[ ]

 **Signature et cachet du Chef de Service :**