UNIVERSITÉ DE LORRAINE | FACULTÉ DE MÉDECINE / MAÏEUTIQUE / MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY

AUTORISATION D'INSCRIPTION

D.E.S.C. de ……

Pour le DESC de cancérologie, préciser l'option exacte :

…….

Année universitaire ……/……..

Je soussigné(e)

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail : Téléphone :

D.E.S. préparé ou validé :

sollicite l'autorisation d'inscription au **D.E.S.C. de** ……

Signature de l'interne :

Avis du coordonnateur interrégional (Pr. ……..…**) :**

☐ **Favorable** ☐ **Défavorable**

Date : Signature

Avis du coordonnateur nancéien (Pr.……**) :**

☐ **Favorable** ☐ **Défavorable**

Date : Signature