

**DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER UNIVERSITAIRE DE
L'UFR DE MEDECINE - UNIVERSITE PARIS CITE**

IMPRIME A TRANSMETTRE A VOTRE UNIVERSITE D'ACCUEIL

ETAT CIVIL DE L'ETUDIANT

Civilité : Madame Monsieur N^o étudiant : _____ N^o INE : _____
Nom : Prénom(s) :
Date et lieu de naissance : __/__/____ àDépt : _____ Nationalité :
Adresse :
Code postal : _____ Ville : Pays :
Téléphone : E-mail :@.....

MOTIF du transfert

Je soussigné.einscrit.e en 6^{ème} année d'Etudes Médicales en DFASM3 pendant l'année universitaire 20__ / 20__ à l'UFR de Médecine - Université Paris Cité demande le transfert de mon dossier universitaire à :

Nom de l'université d'accueil :
Composante (UFR, institut ou école) :
Adresse :
Code postal : _____ Ville :
Mail de l'université d'accueil :@.....

En vue d'une inscription en D.E.S de :

Fait le : __/__/20__ à

Signature de l'étudiant

Avis de l'UFR de Médecine – Université Paris Cité

FAVORABLE DEFAVORABLE

Interdiction : aucune à régulariser

A, le __/__/____

Observations.....

Cachet et Signature de validation de l'agent administratif attestant de la vérification des informations et de la certitude des données :

Ce document, dument complété et signé par l'Université d'Accueil, doit impérativement être retransmis à l'agent administratif en format PDF.