

NE REMPLIR QU'EN CAS DE DEMANDE PAR VOIE POSTALE

- Nom patronymique (de naissance) :
- Nom marital :
- Prénom(s) :
- Date de naissance :
- Adresse :
- Code postal : Ville : Pays :
- N° de téléphone :
- E-mail :

DIPLÔMES(S) DEMANDÉ(S)				
	Intitulé du diplôme (précisez)	Mois et année d'obtention des diplômes	Type de demande	
			1 ^{ère} demande	Duplicata
DIPLÔME	d'Etat de Docteur en Médecine :			
	d'Etudes Spécialisées : (préciser)			
	d'Etudes Spécialisées Complémentaires (optionnel)			



pas de délivrance du diplôme définitif de thèse seul, merci d'attendre la fin de votre cursus pour faire la demande de votre thèse et DES en même temps.

Date :

Signature du diplômé

Je soussigné(e) :

NOM :

Né(e) le : à :

Demeurant à :

Adresse :

Ville : Code postal :

Atteste sur l'honneur la perte de :

• Mes attestations de réussite :

.....

• Mon diplôme de :

.....

Obtenu en :

Si toutefois je suis amené à retrouver l'original de ces dernières, je m'engage à les restituer auprès du service concerné (bureau des thèses & diplômes d'exercice en médecine).

Je sais que cette attestation pourra être produite en justice et que toute fausse déclaration de ma part m'expose à des sanctions pénales.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Signature

Fait à : le:

(.....)