

FORMULAIRE de DEMANDE de DIPLÔME (CAPACITÉ DE MÉDECINE)

| | |
|---|------------------------------------|
| Nom de naissance : | Prénom : |
| Nom d'usage : | Année d'obtention de la CAPACITÉ : |
| Intitulé exact de la CAPACITÉ : | |
| Adresse postale personnelle : <i>(les diplômes ne sont pas envoyés sur les lieux de travail)</i> | |
| Numéro de téléphone (portable de préférence) : | |
| Fait à Le | Signature de l'étudiant : |

Cadre réservé à l'administration :

FI :

FC :

Ce formulaire doit être transmis dûment complété et accompagné d'un scan d'une pièce d'identité (CNI ou passeport) à :

sante.dudpc-diplome@univ-tlse3.fr

IMPORTANT :

* Votre diplôme, dès qu'il sera prêt, vous sera envoyé en recommandé avec accusé de réception dans les meilleurs délais.

* Une fois votre demande envoyée, merci de considérer que cette dernière est bien prise en compte et de fait, de ne pas la renouveler.

* La communication des résultats effectuée par le Secrétariat Pédagogique de la CAPACITÉ, ne signifie ni que le SUDPC2S ait reçu le Procès-Verbal des résultats, ni un envoi automatique de votre diplôme.

TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE

Adresse postale : Faculté de Santé – SUDPC2S – 133, route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE CEDEX 9