

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