



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

**DEMANDE AUTORISATION
D'INSCRIPTION DÉFINITIVE**
DIPLÔME d'ÉTUDES SPÉCIALISÉES de MÉDECINE

N° Etudiant :

NOM de naissance : Prénom :

Issu(e) de la promotion :

Sollicite l'autorisation de s'inscrire définitivement, au DES de

Signature de l'Etudiant

SEMESTRE SPÉCIFIQUE À CE D.E.S. DÉJÀ ACCOMPLI

Du : au :

Etablissement :

Service :

Chef de service :

AVIS DES COORDONNATEURS

**1. Coordonnateur Local du DES
Subdivision de Nantes**

**2. Coordonnateur Interrégional du DES
Interrégion Ouest**

Avis Favorable

Avis Défavorable

Avis Favorable

Avis Défavorable

(tampon et signature)

(tampon et signature)

Date :

Date :