



UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE

# FORMULAIRE DE CANDIDATURE

## FORMATION SPÉCIALISÉE TRANSVERSALE

**FST DEMANDÉE :**

**ÉTUDIANT(E)**

NOM(naissance) Prénom : \_\_\_\_\_ Année ECN : \_\_\_\_\_

Inscrit(e) dans le DES de : \_\_\_\_\_

Inscrit(e) dans l'option précoce : \_\_\_\_\_

Le dossier de candidature est à transmettre à votre  
coordonnateur local de DES et doit comporter :

- Ce document
- Une lettre de motivation
- Votre Curriculum Vitae

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant

### AVIS COORDONNATEUR LOCAL DU DES

Avis Favorable

Avis Défavorable

Commentaire (obligatoire si avis défavorable) :

(tampon et signature)

Date : \_\_\_\_\_

### AVIS DU PILOTE DE LA FST

Avis Favorable

Avis Défavorable

Commentaire (obligatoire si avis défavorable) :

(tampon et signature)

Date : \_\_\_\_\_