



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 : _____