



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

FORMULAIRE DE CANDIDATURE

OPTION TARDIVE de DES

OPTION DEMANDÉE :

ÉTUDIANT(E)

NOM(naissance) Prénom : _____ Année ECN : _____

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

Signature de l'étudiant

Date : _____