Pôle Santé
Nantes Université

# Formation Spécialisée Transversale (FST)

## Etudiants proposés par le pilote de la FST au Doyen de l'UFR

Sélectionnez

À compter de l'année universitaire : /

Nombre de postes ouverts :

| Etudiant *(NOM Prénom)* | DES suivi | Stages consécutifs |
|---|---|---|
| | Sélectionnez | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |
| | | ☐ |

| Pilote de la FST *(signature et tampon)* | Doyen |
|---|---|
| | |

Date : _____

Date : _____


Nantes Université

Faculté de médecine – Spécialités
1, rue Gaston Veil
44000 Nantes
des.specialises@univ-nantes.fr

Faculté de médecine – Médecine générale
1, rue Gaston Veil
44000 Nantes
des.medecinegenerale@univ-nantes.fr

Faculté de Pharmacie
9, rue Bias
44000 Nantes
scolarite.pharmacie@univ-nantes.fr