

NOM :
Prénom :
E-mail :
Tél :
Adresse postale :

Merci de cocher le type de formation envisagée :

- ☐ DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées)
☐ Option des DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées)
☐ FST (Formation Spécialisée Transversale)

Et de choisir la formation correspondante ci-dessous :

N'oubliez pas de joindre :

- ☐ La copie de votre pièce d'identité
☐ Un curriculum vitae
☐ La copie de l'attestation d'inscription auprès de l'ordre pour l'année en cours
☐ Une lettre de candidature
☐ Toutes pièces rendant compte de l'expérience professionnelle et des compétences acquises (formation initiale ou continue, travaux et publications, etc.)
☐ L'attestation de dérogation aux durées minimales d'exercice, si concerné

Merci de transmettre l'ensemble de
votre dossier à l'adresse suivante :

Scolarité 3^e cycle
Faculté de médecine de Nantes
1, rue Gaston Veil
44000 NANTES

A

Le