



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

PROCURATION REMISE DE CERTIFICAT(S) PROVISoire(S) DIPLOME(S) DÉFINITIF(S)

Je soussigné(e) :

NOM(naissance)/Prénom :

Né(e) le : à :

Demeurant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Autorise le service de la Sclolarité de la Faculté de médecine à remettre à :

NOM(naissance)/Prénom :

Né(e) le : à :

Demeurant

Adresse :

Code postal : Ville :

Mon(mes) diplôme(s) définitif(s) certificat(s) provisoire(s) suivant(s) :

..... obtenu durant l'année :

..... obtenu durant l'année :

..... obtenu durant l'année :

Fait le : à :

Signature

JOINDRE :

**1 photocopie d'une pièce d'identité du diplômé / 1 photocopie d'une pièce d'identité du mandaté
Les certificats provisoires originaux correspondants aux diplômes définitifs demandés**