Université de Paris

Situation de DEPART des DFASM3 (ex P7) vers D.E.S hors UP

DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER UNIVERSITAIRE DE L'UFR DE MEDECINE-UNIVERSITE DE PARIS

IMPRIME A TRANSMETTRE A VOTRE UNIVERSITE D'ACCUEIL

ETAT CIVIL DE L'ETUDIANT

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur N° étudiant : _ _ _ _ _ _ _ _ N° INE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Date et lieu de naissance : _ _ /_ _/_ _ _ _ à .....Dépt : _ _ _ _ _Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Ville : .....Pays : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....@.....

MOTIF du transfert

Je soussigné.e .....inscrit.e en 6ème année d'Etudes Médicales en DFASM3 pendant l'année universitaire 20 _ _ / 20 _ _ à l'UFR de Médecine-Université de Paris demande le transfert de mon dossier universitaire à :

Nom de l'université d'accueil : .....

Composante (UFR, institut ou école) : .....

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Ville : .....

Mail de l'université d'accueil : .....@.....

En vue d'une inscription en D.E.S de : .....

Fait le : _ _/_ _/20 _ _ à .....

Signature de l'étudiant .....

Avis du Doyen de l'UFR de médecine de Paris

☐FAVORABLE ☐DEFAVORABLE

A Paris, le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Pour le Doyen,
Le service scolarité (Cachet et signature)

Avis de l'UFR ou de l'Université d'accueil

☐FAVORABLE ☐DEFAVORABLE

A ....., le _ _ / _ _ / _ _ _ _

Observations.....
.....

Cachet et Signature :

Ce document, dument complété et signé par l'Université d'Accueil, doit impérativement être retransmis à l'Université de Paris à l'adresse suivante : Mme DECKERS – cabinet de direction - 16 rue Henri Huchard, 75018 PARIS ou bien par mail : estelle.deckers@u-paris.fr en format PDF.