PHARMACIE
Santé
Université Paris Cité

DEMANDE DE TRANSFERT
VERS L'UFR DE PHARMACIE UNIVERSITE PARIS CITE

Ce document doit être renseigné en majuscule

Pour l'année universitaire 20 /20

Je soussigné.e

Civilité : Mme

Nom : Nom d'usage (si différent) :

Prénom : Nationalité :

Né.e le : A (Ville / Pays) :

Année d'obtention du baccalauréat : Série : Pays d'obtention :

@email : Téléphone portable :

Sollicite un transfert depuis l'université

vers l'UFR de Pharmacie Université Paris Cité. J'ai bien noté que mon transfert est soumis notamment à des compatibilités pédagogiques entre les programmes des deux UFR, qu'il ne pourra s'effectuer que sur avis favorable de mon UFR d'origine, du doyen de l'UFR de Pharmacie Université Paris Cité et à condition d'avoir validé au préalable le premier cycle des études de pharmacie. Je m'engage à vous adresser tous les documents et résultats demandés par le service de la scolarité.

Je soussigné(e)

certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sur ce document sont exacts.

Fait à , le

Signature du demandeur obligatoire :

Avis de la Faculté de Pharmacie d'origine	**Avis de l'UFR de Pharmacie de l'Université Paris Cité**
☐ **Favorable** ☐ **Défavorable** A Le Signature et cachet de la Faculté :	☐ **Favorable *** ☐ **Défavorable** A Le Signature et cachet du Doyen de l'UFR de Pharmacie :

* Sous réserve de la validation du 1er cycle des études de pharmacie (attestation à fournir avant le 1er septembre de l'année en cours)