

Paris, le

PROCURATION

Je soussigné(e) Mr ou Mme
né(e) le _____ à
résidant au _____

N° d'étudiant(e)

autorise

Mr ou Mme
né(e) le _____ à
résidant au _____

Intitulé du (des) diplôme(s) à retirer :

à se présenter en mon nom auprès de la Scolarité du 3^{ème} cycle de la Faculté de Médecine Sorbonne Université située aux « Cordeliers » Bâtiment H,15, rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS. (**La personne mandatée devra être munie de sa pièce d'identité et de la photocopie de la pièce d'identité du mandataire**).

Pour servir et valoir ce que de droit.

Signature

*Scolarité 3^{ème} cycle
Horaires d'ouverture : du lundi au vendredi
de 13h à 16h.*