MÉDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

DEMANDE DE STAGE HORS SUBDIVISION
D.E.S. de Spécialités

Avis du coordonnateur local et régional de la spécialité

Je soussigné (e) :

Coordonnateur du DES :

Donne un avis favorable à :

Inscrit (e) au D.E.S. de :

Pour accomplir un semestre dans mon service durant la période de :

De à

Date :

Signature du coordonnateur :