



Faculté de Médecine

<p align="center">SCOLARITE</p> <p align="center">Bureau de Médecine Générale et Spécialisée 27, Boulevard Jean Moulin 13385 Marseille cedex 05 Tél. : 04.91.32.43.24 - 04.91.32.43.27 - Fax : 04.91.32.45.36</p>	<p align="center">Ouverture au Public :</p> <p align="center">Lundi, Mardi, Jeudi : de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00 Mercredi : de 9h00 à 12h00 Vendredi : de 10h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00</p>
--	--

Fiche d'autorisation d'inscription au D.E.S.C à titre dérogatoire (Cursus post-internat)
Année Universitaire 2005/2006

Préciser :

1ère année de D.E.S.C groupe 1 ou Biologie <input type="checkbox"/>	1ère année D.E.S.C groupe 2 <input type="checkbox"/>
2ème année de D.E.S.C groupe 1 ou Biologie <input type="checkbox"/>	2ème année D.E.S.C groupe 2 <input type="checkbox"/>
	3ème année D.E.S.C groupe 2 <input type="checkbox"/>

D.E.S.C. de :

Nom : Nom marital :

Prénom : Date de naissance :

Adresse personnelle :

N° d'I.N.E : Téléphone :

D.E.S. : Obtenu le :

Partie réservée au Coordonnateur Interrégional du D.E.S.C

Je soussigné, Professeur, autorise à titre dérogatoire
M..... à prendre une inscription en D.E.S.C. année.
M..... ayant obtenu son D.E.S en, il validera son D.E.S.C par
les fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières mentionnées ci-dessous (justificatifs à fournir obligatoirement) :

☒ 1ère année du D.E.S.C :

Période : <input type="text"/>	Service /Chef de Service : <input type="text"/>
Fonctions : <input type="text"/>	Hôpital : <input type="text"/>

☒ 2ème année du D.E.S.C :

Période : <input type="text"/>	Service /Chef de Service : <input type="text"/>
Fonctions : <input type="text"/>	Hôpital : <input type="text"/>

☒ 3ème année du D.E.S.C (pour les D.E.S.C de groupe 2 uniquement) :

Période : <input type="text"/>	Service /Chef de Service : <input type="text"/>
Fonctions : <input type="text"/>	Hôpital : <input type="text"/>

Date, cachet et signature du Coordonnateur :