



SCOLARITÉ 3^e cycle D.E.S / D.E.S.C 27 Boulevard Jean Moulin 13385 Marseille Cedex 05 Tél. : 04.91.32.46.20 / 43.24 / 27	<u>Ouverture au Public :</u> 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
--	--

**Fiche d'Autorisation d'inscription en D.E.S.C Non Qualifiant (Groupe 1)
Autre que Chirurgie, Gériatrie et Réanimation Médicale**

Cocher: 1^{ère} année 2^{ème} année

Intitulé du D.E.S.C :

Nom de naissance: Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse : Courriel :

N° I.N.E : Téléphone :

D.E.S. : Obtenu le :

<u>RÉCAPITULATIF A FAIRE RENSEIGNER PAR LE COORDONNATEUR AU VU DU RELEVÉ D'INTERNAT</u>	
<u>Période</u>	<u>Service / Professeur</u>
Semestre 1	
Semestre 2	

Pour une inscription en dernière année de D.E.S.C : (sur présentation d'un justificatif de nomination)

Fonctions hospitalières exercées pour l'année 2016/2017 :			
Service du Professeur :		Hôpital :	

Partie réservée aux enseignants responsables du D.E.S.C

Nous soussignés, Professeurs, autorisons M....., à prendre une inscription en année de D.E.S.C et attestons que les semestres ci-dessus effectués au cours du D.E.S. peuvent être pris en compte pour le D.E.S.C.

Date, cachet et signature du Responsable local :

Date, cachet et signature du Coordonnateur interrégional: