



AUTORISATION D'INSCRIPTION EN DU/DIU ET CAPACITÉS

CETTE AUTORISATION NE CONSTITUE EN AUCUN CAS UN CERTIFICAT DE SCOLARITÉ ou D'INSCRIPTION DÉFINITIVE

Le (la) Professeur (e) soussigné (e) P. MATHELIN C., responsable de l'enseignement à Strasbourg,

AUTORISE

À REMPLIR PAR LE PROFESSEUR RESPONSABLE DU DIPLÔME EN LETTRES MAJUSCULES **UNE** AUTORISATION POUR **CHAQUE** DIPLÔME POSTULÉ

L'ÉTUDIANT

Madame

Monsieur

NOM : Prénom : NOM d'usage (marital) :

Adresse professionnelle (d'octobre à septembre) :

Tél.

Adresse personnelle (d'octobre à septembre)

Téléphone (obligatoire) :

Adresse mail (obligatoire)@.....

DIPLÔME

À s'inscrire pour l'année universitaire 2022/2023 sous réserve de la réglementation en vigueur, des documents présentés par le candidat **ET DU NOMBRE DE PLACES DISPONIBLES** à la formation suivante:

DU

DIU

CAPACITÉ DE MÉDECINE

Intitulé exact du diplôme : des maladies du sein

- À l'examen probatoire d'accès à la formation
- En 1^{ère} année avec dispense de l'examen probatoire, motif :
- En 1^{ère} année de formation au diplôme
- En 2^{ème} année de formation au diplôme
- En 3^{ème} année de formation au diplôme
- En « Année mémoire »

Options choisies (s'il y a lieu)

1.
2.
3.

Signature et cachet du responsable du diplôme

À, le...../...../.....

ICANS
INSTITUT
DE CANCÉROLOGIE
STRASBOURG
UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Professeur **Carole MATHÉLIN**

Chef de service Chirurgie

17, rue Albert Calmette - BP 23025 - 67033 Strasbourg Cedex
T +33(0)3 68 76 73 32 | M secretariat-cmathelin@icans.eu

Service de la formation permanente - 4, rue Kirschleger - 67085 Strasbourg

E-mail : med-du-diu@unistra.fr

LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LIBRARY
UNIVERSITY OF CALIFORNIA
LIBRARY