

POUR D.F.M.S. et D.F.M.S.A.

RELEVÉ DÉTAILLÉ DES SEMESTRES DE STAGE DE SPECIALISATION
VALIDÉS AU 15 JANVIER 2018(A compléter et à signer par seulement le Doyen de la Faculté de Médecine de laquelle vous relevez)[=> Peut être remplacée par une attestation de **situation universitaire détaillée** délivrée par la faculté]Je soussigné(e) Mme M _____ Doyen de la Faculté de Médecine de _____ ou _____ qualité / fonction : _____atteste que Mme M _____

postulant la spécialisation de _____

pour une durée de : _____ années de **formation pratique** qu'il(elle) terminera le _____

a effectué au 15 janvier 2018 les stages hospitaliers de spécialité suivants :

| N° Stage | Date de début (jour/mois/année) | Date de fin (jour/mois/année) | Durée (en mois) (1) | Service d'accueil | Hôpital | Ville | Pays |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------------|--|---------|-------|------|
| 1er | | | | | | | |
| 2ème | | | | | | | |
| 3ème | | | | | | | |
| 4ème | | | | | | | |
| 5ème | | | | | | | |
| 6ème | | | | | | | |
| 7ème | | | | | | | |
| 8ème | | | | | | | |
| 9ème | | | | | | | |
| 10ème | | | | | | | |
| 11ème | | | | | | | |
| 12ème | | | | | | | |
| 13ème | | | | | | | |
| 14ème | | | | | | | |
| 15ème | | | | | | | |
| 16ème | | | | | | | |
| Total des mois de stages effectués (1) | | | mois | (1) Il s'agit des stages effectués (même si éventuellement ils n'ont pas été validés à ce jour) | | | |

Le Doyen de la Faculté (**nom et prénom**)
(signature lisible, **cachet** original
avec traduction en français si nécessaire)

_____, le _____ 2017/2018