

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

RELEVÉ DÉTAILLÉ DES SEMESTRES DE STAGE DE SPECIALISATION
VALIDÉS AU 15 JANVIER 2019

(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]

[à condition qu'elle précise les services, hôpitaux, dates et durée pour chaque stage]

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 2019 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 _____ 2018/2019