

D.F.M.S. ou D.F.M.S.A.

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR
DE SCOLARITE ET/OU D'ACTIVITE
(2017-2018 et 2018-2019)**

Je soussigné(e) (nom/prénom du candidat) _____

né(e) le _____ à _____ (_____)

atteste sur l'honneur avoir occupé les activités suivantes :

1 – durant la période du 1^{er} novembre 2017 au 31 octobre 2018 (Année 2017-2018)

1.1. – **scolarité** : Néant en 2017-2018 inscrit(e) à la Faculté de _____ (Pays : _____) en _____ ème année de _____ pour le(s) diplôme(s) : _____1.2. – **activités hospitalières** Néant en 2017-2018 avoir exercé les fonctions hospitalières en qualité de : _____ du _____ au _____ Hôpital _____ du _____ au _____ Hôpital _____1.3. – **Sans activité hospitalière ni scolarité (en 2017-2018)** Durant cette période je n'ai pas été inscrit(e) à la faculté et je n'ai pas exercé d'activités hospitalières. Quel était votre statut ? : _____

2 – Durant la période du 1^{er} novembre 2018 au 15 janvier 2019 (Année 2018-2019)

2.1. – **scolarité** : Néant en 2018-2019 inscrit(e) à la Faculté de _____ (Pays : _____) en _____ ème année de _____ pour le(s) diplôme(s) : _____2.2. – **activités hospitalières** Néant en 2018-2019 avoir exercé les fonctions hospitalières en qualité de : _____ du _____ au _____ Hôpital _____ du _____ au _____ Hôpital _____2.3. – **Sans activité hospitalière ni scolarité (en 2018-2019)** Durant cette période je n'ai pas été inscrit(e) à la faculté et je n'ai pas exercé d'activités hospitalières. Quel était votre statut ? : _____

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements complétés sur ce formulaire et suis conscient(e) que tout renseignement inexact ainsi que toute information omise constituent une **tentative de fraude** qui provoquera l'annulation immédiate de cette inscription et cela sans préjuger des poursuites disciplinaires ou pénales qui pourraient être engagées par les autorités françaises compétentes à mon encontre.

Fait à _____, le _____

Signature originale du candidat