

Département Médecine Générale

Dossier à retourner impérativement par mail à :

: scolarite.medecine-generale@u-bordeaux.fr

Dossier de candidature

Formation Spécialisée Transversale

Nom - Prénom:	
Nom d'épouse:	
Né (e) le:	à
Téléphone personnel:	
Année des ECN:	
DES d'Inscription : Médécine Générale	
FST souhaitée:	
1.	
2.	

Fait à Bordeaux le

Signature

LETTRE DE MOTIVATION FAISANT APPARAÎTRE LE PROJET PROFESSIONNEL

Fait à Bordeaux le :

Signature: