

Dossier de candidature

Formation Spécialisée Transversale

Nom - Prénom:

Nom d'épouse:

Né (e) le: _____ à _____

Téléphone personnel:

Année des ECN:

DES d'Inscription : Médecine Générale

FST souhaitée:

1.

2.

Fait à Bordeaux le

Signature

**LETTRE DE MOTIVATION
FAISANT APPARAÎTRE LE PROJET PROFESSIONNEL**

Fait à Bordeaux le :

Signature :