



DEMANDE DE RETRAIT DU DIPLOME DEFINITIF PAR CORRESPONDANCE

Monsieur Madame

Nom patronymique : Nom usuel :
Prénom : Date de naissance :
Lieu de naissance : Nationalité :
Adresse :
Ville : Code Postal : [][][][][][] Pays :
Tél. fixe : Tél. portable :
E-Mail :

Je sollicite par la présente demande le retrait du (ou des) diplôme(s) suivant(s) :

Type de diplôme (DU, DIU, AU EC)	Titre	Année d'obtention

L'imprimé dûment rempli ainsi que les pièces suivantes doivent être retournés au Département FMC/DPC (Faculté de Médecine, Pôle Recherche, Place de Verdun 59045 Lille Cedex)

- 1 photocopie de votre pièce d'identité officielle en cours de validité
- 1 enveloppe cartonnée 24x32 libellée à vos nom et adresse, affranchie à 6,40 € (pour ceux qui résident sur le territoire français) : l'envoi est fait en recommandé avec accusé réception

Date de la demande :

Signature obligatoire