UNIVERSITÉ DE LORRAINE | FACULTÉ DE MÉDECINE / MAÏEUTIQUE / MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY

FORMULAIRE DE RETRAIT D'UN DIPLÔME DÉFINITIF PAR PROCURATION

Ce formulaire doit obligatoirement être signé par le titulaire du diplôme.
Le diplôme définitif sera alors remis sous réserve de la présentation d'une pièce d'identité du mandataire **ET** de la photocopie d'une pièce d'identité du diplômé.

Je soussigné(e) ***NOM*** _____

NOM DE NAISSANCE_____ ***Prénom*** _____

Né(e) le _____ à _____

Titulaire du diplôme de _____

Obtenu le _____ à la Faculté de Médecine de Nancy,

Certifie donner procuration à M, Mme _____

Pour retirer mon diplôme définitif auprès de l'administration.

Fait à _____

Le _____

Signature du titulaire du diplôme