

Faculté de Médecine de Tours

Service Scolarité

10 Boulevard Tonnellé 37032 Tours Cedex 1

Date de réception : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

PROCURATION RETRAIT DE DIPLOME

Imprimer impérativement cette procuration et joindre :

- ⇒ Copie recto/verso de la pièce d'identité **du titulaire du diplôme**
- ⇒ Copie recto/verso de la pièce d'identité **du (de la) mandaté(e) + présentation de l'originale**

Sans ces 3 documents imprimés, le diplôme NE sera PAS remis

Je soussigné(e) (à remplir par le titulaire du diplôme)

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à

Si possible, numéro étudiant à l'Université de Tours |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

 : @mail :

Donne procuration à :

Nom du (de la) mandaté(e) pour le retrait du diplôme(s) :

Prénom :

Date et lieu de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| à

Adresse :

Code postal |_|_|_|_|_| Ville

 : @mail :

Pour retirer mon diplôme(s) figurant ci-dessous :

DFASM

Docteur en Médecine

D.U/D.I.U

DES/DESC

Intitulé :

Année :

Option le cas échéant :

AUTRE DIPLOME :

Date ____ / ____ / 20__

Signature du titulaire de la demande

Signature du (de la) mandaté(e)
pour le retrait du diplôme(s)