



<b>SCOLARITÉ 3<sup>e</sup> cycle D.E.S / D.E.S.C</b> 27 Boulevard Jean Moulin 13385 Marseille Cedex 05 Tél. : 04.91.32.43.23 / 27 / 46.20	<u>Ouverture au Public :</u> Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi : de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00 Mercredi : de 9h00 à 12h00
Fiche d'Autorisation d'inscription en D.E.S.C Non Qualifiant (Groupe 1) Autre que <i>Chirurgie, Gériatrie et Réanimation Médicale</i>	

**Seuls les étudiants issus des promotions antérieures à 2017 sont autorisés à s'inscrire en DESC**

Cocher:  1<sup>ère</sup> année  2<sup>ème</sup> année

Intitulé du D.E.S.C : .....

Nom de naissance: ..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : ..... Courriel : .....

N° I.N.E : ..... Téléphone : .....

D.E.S. : ..... Obtenu le : .....

Code CVEC (12 caractères)

Joindre obligatoirement l'attestation CVEC –  
Sans ce document, l'inscription ne pourra pas  
être effectuée

<u>RÉCAPITULATIF A FAIRE RENSEIGNER PAR LE COORDONNATEUR AU VU DU RELEVÉ D'INTERNAT</u>		
	<u>Période</u>	<u>Service / Professeur</u>
Semestre 1		
Semestre 2		

Pour une inscription en dernière année de D.E.S.C :

(sur présentation d'un justificatif de nomination)

Fonctions hospitalières exercées pour l'année 2022/2023 :			
Service du Professeur :		Hôpital :	

**Partie réservée aux enseignants responsables du D.E.S.C**

Nous soussignés, Professeurs ....., autorisons  
M....., à prendre une inscription en ..... année de D.E.S.C et attestons que les semestres  
ci-dessus effectués **au cours du D.E.S.** peuvent être pris en compte pour le D.E.S.C.

Date, cachet et signature du Responsable local :

Date, cachet et signature du Coordonnateur interrégional: