

<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	<b>Ouverture au Public :</b> Lundi, Mardi, Jeudi : de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00 Mercredi : de 9h00 à 12h00 Vendredi : de 10h00 à 12h00 et de 13h30 à 16h00
<b>Fiche d'autorisation d'inscription au D.E.S.C à titre dérogatoire (Cursus post-internat)</b>	

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

**Préciser :**

1<sup>ère</sup> année de D.E.S.C groupe 1 ou Biologie

1<sup>ère</sup> année D.E.S.C groupe 2

2<sup>ème</sup> année de D.E.S.C groupe 1 ou Biologie

2<sup>ème</sup> année D.E.S.C groupe 2

3<sup>ème</sup> année D.E.S.C groupe 2

D.E.S.C. de : .....

Nom : ..... 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

**RÉCAPITULATIF A FAIRE RENSEIGNER PAR LE COORDONNATEUR AU VU DU RELEVÉ D'INTERNAT**

**1<sup>ère</sup> année du D.E.S.C :**

Période :

Service /Chef de Service :

Fonctions :

Hôpital :

**2<sup>ème</sup> année du D.E.S.C :**

Période :

Service /Chef de Service :

Fonctions :

Hôpital :

**3<sup>ème</sup> année du D.E.S.C (pour les D.E.S.C de groupe 2 uniquement) :**

Période :

Service /Chef de Service :

Fonctions :

Hôpital :

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

Nous soussignés, Professeurs ....., autorisons **à titre dérogatoire**

M....., à prendre une inscription en D.E.S.C. .... année.

M..... ayant obtenu son D.E.S en ....., il / elle validera son D.E.S.C par les fonctions hospitalo-universitaires ou hospitalières mentionnées ci-dessus (justificatifs à fournir obligatoirement) :

Date, cachet et signature du Responsable local :

Date, cachet et signature du Coordonnateur interrégional: