FACULTÉ
DE SANTÉ
UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

DEMANDE DE STAGE
HORS SUBDIVISION OCÉAN INDIEN

AVIS DU·CHEF·FE DE SERVICE D'ACCUEIL

Je soussigné·e, _____
nom et prénom du Chef·fe de service d'accueil

Chef·fe du service de _____
nom du service d'accueil

au sein de _____
nom de l'établissement

donne mon accord à

M. / Mme _____
nom et prénom du candidat·e

inscrit·e dans la spécialité _____

afin de l'accueillir dans mon service durant le semestre de

☐ novembre 20 à avril 20

OU

☐ mai 20 à octobre 20

– Sous réserve de l'avis favorable de la Commission des stages hors subdivision –

Le / / , à _____

Le·la Chef·fe du Service d'accueil