FACULTÉ
DE SANTÉ
UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

DEMANDE DE STAGE
HORS SUBDIVISION OCÉAN INDIEN

AVIS DE LA DOYENNE
DE LA FACULTÉ DE SANTÉ DE LA RÉUNION

Je soussignée, Pr Bénérice ROY-DORAY, Doyenne de la Faculté de Santé de La Réunion

donne mon accord à

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

inscrit·e dans la spécialité _____

afin d'accomplir un stage hors subdivision au cours du semestre de

☐ novembre 20 à avril 20

OU

☐ mai 20 à octobre 20

au sein de _____
nom du service d'accueil

_____
nom de l'établissement d'accueil

auprès de _____
nom et prénom du Chef·fe de service d'accueil

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

Le / / , à _____

Pr Bérénice ROY-DORAY
Doyenne de la Faculté de Santé de La Réunion