

CURSUS POSTGRADE RÉALISÉ PAR

DÉPARTEMENT DES FINANCES
ET DE LA SANTÉ

SERVICE DE LA SANTE PUBLIQUE

NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE:

SIGNATURE:

**DATES CHRONOLOGIQUES
DU...AU**

NOM DU SERVICE ET DE L'INSTITUTION

NOM DU MÉDECIN CHEF SUPERVISEUR

DATES CHRONOLOGIQUES DU...AU	NOM DU SERVICE ET DE L'INSTITUTION	NOM DU MÉDECIN CHEF SUPERVISEUR

Le Service se réserve la possibilité de vérifier les informations ci-dessus auprès des institutions et /ou du médecin chef concerné. Il peut aussi demander à voir les attestations originales sanctionnant l'internat auprès d'un service.