

CURSUS POSTGRADE RÉALISÉ PAR

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ,
DES RÉGIONS ET DES SPORTS
SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

NOM, PRÉNOM, :**DATE DE NAISSANCE :****SIGNATURE :**

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.