

Scolarité 3e cycle

 Tél. : 0590 48 30 18 / 0590 48 30 25

 Fax : 0590 48 30 28

###### APPROBATION DE LA SOUTENANCE DE MEMOIRE

Je soussigné, …………………………………………….………………………………………

Sollicité pour assurer la direction du mémoire de fin d’études spécialisées en Médecine Générale

de Mme/M ……………………………………………………………………………………..,

Interne en DES de Médecine générale,

Certifie avoir autorisé la soutenance du mémoire intitulé :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Auprès du Département Universitaire de Médecine Générale des Antilles.

Fait à …………………………………………………………………………………………….

Le .. / .. / ….

Signature :