

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DELIVRANCE DE DIPLOME UNIVERSITAIRE

N°ETUDIANT :.....
 NOM DE FAMILLE :..... NOM DE NAISSANCE :.....
 PRENOM :..... DATE DE NAISSANCE :.....
 TELEPHONE :..... MAIL :.....
 ADRESSE :.....
 CODE POSTAL : VILLE :

sollicite par la présente la délivrance du (ou des) diplôme(s) suivant(s)

TYPE DE DIPLOME DU/DIU	INTITULE DE LA FORMATION	ANNEE UNIVERSITAIRE D'OBTENTION

❖ Si vous désirez recevoir votre diplôme par voie postale, adressez par mail à l'adresse : fc-medecine@uvsq.fr ce document complété ainsi qu'une copie de votre pièce d'identité.

❖ Si vous souhaitez venir récupérer votre diplôme, merci de contacter le service par mail fc-medecine@uvsq.fr afin de convenir d'un RDV.

❖ Si vous souhaitez qu'une tierce personne retire votre diplôme en votre nom :

- Elle doit fournir l'original de son justificatif d'identité, une copie du votre ainsi qu'une procuration sur papier libre.

Date de la demande :

Signature :