

PROCURATION

Je soussigné (e), M/Mme

né (e) le _____, à

Résidant au

Autorise M/Mme

né (e) le _____, à

Résidant au

à se présenter en mon nom auprès de la Scolarité du 3^{ème} cycle de la Faculté de Santé Sorbonne Université, située aux « Cordeliers » Bâtiment H,15, rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS,

pour retirer mon diplôme de :

Pour servir et valoir ce que de droit.

Lieu et date :

Signature :

Retrait les Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi de 13h à 16h sans rendez-vous.