**Département des Sciences Pharmaceutiques**

Scolarité 3ème cycle - 35 chemin des Maraîchers 31062 TOULOUSE CEDEX 09

05 62 25 98 03

*demande d’ENVOI DE DIPLOME*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Monsieur | * Madame | N° Étudiant |
| NOM – Prénom |  | |
| Date et lieu de  naissance |  | |
| Adresse postale |  | |
| Adresse courriel |  | |
| Téléphone |  | |

Je sollicite par la présente demande l’envoi des diplômes suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diplôme(s) demandé(s)**  **(Doctorat de pharmacie / DES /MASTER / DAEU /DIU/ GRADE)** | | **Spécialité** | **Année universitaire** |
| * Attestation de réussite * Diplôme |  |  |  |
| * Attestation de réussite * Diplôme |  |  |  |
| * Attestation de réussite * Diplôme |  |  |  |
| * Attestation de réussite * Diplôme |  |  |  |

Pièces justificatives à fournir :

* Formulaire de demande d’envoi des diplômes
* Photocopie de votre pièce d’identité en cours de validité
* Enveloppe cartonnée au format A4 (27\*32) libellée à vos nom et adresse et affranchie en lettre recommandée avec accusé de réception pour un poids compris entre 100 et 250 gr (7,62 € tarif en vigueur janvier 2023 pour la France). La partie destinataire du formulaire postal pour un envoi en recommandé sera libellé à vos nom et adresse. **En cas d’affranchissement insuffisant, aucun document ne sera envoyé.**

Fait à , le

Signature

# Partie réservée à l’administration

***Envoi effectué le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en LRAR n°………………………………………………***

# Signature gestionnaire :