

**Candidature à une Formation Spécialisée Transversale (2025)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Monsieur | * Madame | N° Étudiant |
| NOM – Prénom |  | |
| Date - lieu de  naissance |  | |
| ECN / classement |  | |
| DES |  | |
| sollicite par la présente demande ma candidature à la Formation Spécialisée Transversale ………  ……………………………………………………………………………………………………… Candidature présentée à cette FST l’année précédente :  oui  non  A………………………le………………….  Signature de l'interne  ***Demande à accompagner d’une lettre de motivation précisant le projet professionnel***  ***à adresser parallèlement par mail au coordonnateur du DES d’origine et au Département de Pharmacie - Scolarité 3ème cycle (***[***pharmacie.des-3cl@univ-tlse3.fr***](mailto:celine.carcagno@univ-tlse3.fr)***) au plus tard le 15 avril 2025*** | | |

↓

* défavorable (joindre un courrier précisant le motif du refus)

A………………………le…………………….

Signature du Président de la Commission

***Document à transmettre au pilote de la FST demandée***

***après avis de la commission locale du DES pour le 2 mai 2025***

Rang de classement de la demande :

* favorable

***Avis de la commission locale de coordination du DES*** …………………………………………..…

présidée par le Professeur ……………………………………………………………………………

↓

***Document complété à transmettre au Département de Pharmacie - Scolarité 3ème cycle (***[***pharmacie.des-3cl@univ-tlse3.fr***](mailto:celine.carcagno@univ-tlse3.fr)***) au plus tard le 15 mai 2025 pour validation finale***

M./Mme à s’inscrire à la FST dont je suis responsable.

A………………………le……………………

Signature du pilote de la FST

* n’autorise pas (joindre un courrier précisant le motif de refus)
* autorise

***Partie réservée au pilote de la FST*** Madame / Monsieur …………………………………………