

Département Universitaire des Facultés du Corps de santé  
(Facultés de Chirurgie Dentaire, de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques)

## FORMULAIRE de DEMANDE de DIPLÔME DU/DIU et AEU validés en FORMATION CONTINUE

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Nom de jeune fille :</b> <i>(obligatoire pour les femmes mariées)</i>	<b>Année d'obtention du diplôme :</b>
<b>Intitulé exact DU/DIU/AEU :</b>	
<b>Adresse postale personnelle :</b> <i>(les diplômes ne sont pas envoyés sur les lieux de travail)</i>	
<b>Numéro de téléphone (portable de préférence) :</b>	
Fait à  Le	Signature de l'étudiant :

Ce formulaire doit être transmis dûment complété  
et accompagné d'un scan d'une pièce d'identité (CNI ou passeport) à :

[sante.dudpc-diplome@univ-tlse3.fr](mailto:sante.dudpc-diplome@univ-tlse3.fr)

### **IMPORTANT :**

\* Votre diplôme, dès qu'il sera prêt, vous sera envoyé en recommandé avec accusé de réception dans les meilleurs délais.

\* La communication des résultats effectuée par le Secrétariat Pédagogique du DU/DIU ou de l'AEU, ne signifie ni que le Département ait reçu le Procès-Verbal des résultats, ni un envoi automatique de votre diplôme.

\* Une fois votre demande envoyée, merci de considérer que cette dernière est bien prise en compte et de fait, de ne pas la renouveler.

**TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE POURRA PAS ÊTRE TRAITÉE**

Adresse postale : Département Universitaire de DPC – 133, route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE CEDEX 9