

Changement de formation au sein de la Faculté de Médecine (1BA)

 A remplir par l'étudiant.e 

N° immatriculation (n° indiqué sur la carte étudiant.e):.....

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Nationalité :

Adresse :

NPA et localité :

Téléphone :

Formation actuelle :

Formation visée :

Dès le semestre :



Motif du changement :

Date de la demande

Signature du/de la demandeur.euse

.....

.....

 A remplir par la Faculté 

Décision de la Faculté :

Accepté ☐

Refusé ☐

Date

Signature de la faculté

.....

.....

Merci de renvoyer cette demande à : Fabio.AntunesMartins@unige.ch