

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

**Mastère / Mastère Professionnel :** .....

Nom : .....

Prénom(s) : ..... CIN N° .....

Né(e) : ..... à .....

Nationalité: .....

Adresse : .....

.....

Doctorat en Médecine obtenu le : .....

Faculté d'origine : .....

Mode d'exercice :

Santé Publique

Libre pratique (à préciser)

Résident

Autre (à préciser)

Lieu d'exercice : .....

Adresse : .....

Tel : ..... Fax : .....

@-mail : .....

Autres activités ou responsabilités sanitaires : .....

.....

Pièces ci-jointes :

1-/ Demande d'inscription

2-/ Curriculum vitae

3-/ Copies des diplômes

4-/ Photocopie C.I.N.

5-/ 2 Photos d'identité


Sousse, le .....

Signature