DEMANDE DE DÉLIVRANCE DE DIPLÔME

Le retrait peut être réalisé sur place à la scolarité, par vous-même ou par l'intermédiaire d'un tiers (procuration), ou encore par voie postale.

Retrait au Bureau de la Scolarité

- **En personne** : vous devrez vous munir d'une pièce d'identité
- **Par l'intermédiaire d'un tiers :** la personne que vous mandatez devra être en possession du formulaire dûment complété et signé, de sa pièce d'identité et d'une copie de votre pièce d'identité.
- **Horaires :** Du lundi au Vendredi de 9h00 à 12h00 (sur rdv)
- **Adresse :** 22 Avenue Camille Desmoulins – CS93837 – 29238 BREST CEDEX 3

Envoi postal

Nous faire parvenir votre demande écrite, par voie postale, à l'adresse suivante :

Faculté de Médecine et Sciences de la santé
Scolarité – *Précisez votre diplôme*
22, avenue Camille Desmoulins
CS 93837
29238 BREST CEDEX 3

Dans ce cas, renvoyez ce formulaire dûment complété et signé, et accompagné des pièces suivantes :

- Copie de votre pièce d'identité
- Enveloppe au format A4, timbrée au tarif en vigueur pour un envoi en courrier recommandé avec accusé de réception (100g) et libellée à votre adresse.

À réception de votre demande, nous vous ferons parvenir votre diplôme par envoi en recommandé avec accusé réception.
Le délai moyen de traitement de votre demande est de 2 semaines.
Le délai peut être rallongé en fonction des périodes et de l'ancienneté du diplôme.

Demande de duplicata

En cas de demande de duplicata, merci de joindre obligatoirement à ce formulaire la pièce justificative officielle permettant de vérifier la demande :

- Récépissé de plainte
- Déclaration de vol ou de sinistre
- Déclaration sur l'honneur

DEMANDE DE DÉLIVRANCE DE DIPLÔME

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Numéro étudiant UBO *(indiqué sur relevé de notes ou ancienne carte étudiante UBO) :* ……

Nom de naissance : …… Prénom(s) : ……

Nom d'usage /nom marital : ……

Date de naissance : ……/……/…… Lieu de naissance :……

Adresse :……..

Ville : …… Code postal : …… Pays :……

N° téléphone : ……..

Mail : ……@……

INFORMATION SUR LE DIPLÔME

Type de diplôme	*Mention et spécialité du parcours (Intitulé exact du diplôme)*	*Année d'obtention*	*Cochez la case si Duplicata**
☐ DFGSM	……	…… /……	☐
☐ DFASM	……	…… /……	☐
☐ DES, DESC	……	…… /……	☐
☐ Thèse	……	…… /……	☐
☐ Licence	……	…… /……	☐
☐ Master	……	…… /……	☐

**Un duplicata de diplôme ne peut être établi que si le diplôme original a été détruit, perdu ou volé*

DATE DE LA DEMANDE

Fait à …… **Signature**

Le ……/……/……

EN CAS DE PROCURATION, REMPLIR CE CADRE *(Vous pouvez également donner une procuration à une tierce personne qui pourra retirer le diplôme à votre place)*

Je soussigné.e……..

donne procuration pour le retrait de mon diplôme à :

Nom:……

Prénom:…….

Fait à ……

Signature obligatoire du titulaire du diplôme

Le ……./……./…….