Faculté de médecine
Université de Montréal

REPORT D'EXAMEN DE SYNTHÈSE
ÉTUDES SUPÉRIEURES

IDENTIFICATION

Nom et prénom du candidat		Matricule
Trimestre d'admission	Programme	

Veuillez expliquer les motifs de votre demande.

Signature de l'étudiant — Date

Signature du directeur de recherche — Nom du directeur de recherche — Date

Signature du codirecteur — Nom du codirecteur — Date

Signature du responsable de programme — Nom du responsable de programme — Date

APPROBATION DU VICE-DOYEN

Prolongation accordée ❍ Au trimestre : _____

Prolongation refusée ❍ Motif :

Signature du vice-doyen — Date