



Objet : Validation du titre de Promoteur/co-Promoteur de Mémoire

Je soussigné(e), _____, étudiant(e)
en Bloc 6 du Master en médecine (numéro matricule), souhaiterais, dans le cadre de mon
travail de fin d'études, avoir comme promoteur/co promoteur ⁽¹⁾ :

Nom : _____ Prénom : _____
Hôpital : _____ Service : _____
Laboratoire : _____ Faculté : _____

Le/la susnommé(e) n'est pas mentionné(e) sur la liste des promoteurs mais remplit les
conditions prévues dans le règlement pour obtenir la qualification de promoteur/co
promoteur de mémoire de fin d'études :

(cochez les cases appropriées)

<input type="checkbox"/>	Membre de la faculté de médecine, de l'Ecole de Santé publique ou de la Faculté des Sciences de la Motricité, titulaire d'une charge d'enseignement
<input type="checkbox"/>	Agrégé/Docteur en sciences médicales en activité (en ce y compris les médecins hospitaliers du réseau de l'ULB)
<input type="checkbox"/>	Médecin des hôpitaux et/ou services universitaires, détenteur d'un mandat définitif (professeur associé, professeur, directeur de clinique, directeur de service, chef de clinique adjoint, chef de clinique, chef de service) ayant été crédité d'un avis académique favorable lors du processus de nomination.
<input type="checkbox"/>	Chercheurs, docteurs en sciences ou sciences médicales, titulaires d'un mandat à durée indéterminée ou dans le cadre d'un post doc dans un laboratoire de la Faculté de Médecine
<input type="checkbox"/>	médecin généraliste agrégé, docteur en sciences médicales, titulaire d'une charge d'enseignement ou participant à l'enseignement de la médecine générale et validé par le Département de Médecine Générale
<input type="checkbox"/>	Agrégé/docteur en sciences médicales émérite à qui un titre de professeur de l'université a été octroyé
<input type="checkbox"/>	Maître de stage membre d'un collège d'enseignement d'un Master de Spécialisation de la faculté
<input type="checkbox"/>	Membre extérieur à l'université (demande de l'aval de la faculté de médecine)
<input type="checkbox"/>	Médecins faisant partie d'un hôpital de stage du réseau, détenteurs d'un mandat temporaire (résident, assistant, praticien hospitalier) dont la demande du titre de promoteur a reçu l'aval de la faculté de médecine

Date :

Signature :

(document à transmettre avec CV de l'intéressé(e) à Nadia SOUSSANE MFE.medecine@ulb.be)

(1) Biffer la mention inutile