

DECLARATION D'ENGAGEMENT
STAGE PRATIQUE DE SOINS AUX PATIENT·E·S

Nom, prénom :

Adresse :

N° d'immatriculation :

Année d'études actuelle : BMed1 BMed2

Je déclare, par la présente, que j'accomplirai le stage pratique obligatoire de soins aux patient·e·s au plus tard avant la reprise des cours de la troisième année du cursus de Baccalauréat universitaire en médecine.

Lieu et date : Signature :

Unité des compétences cliniques



Tél. +41 21 692 50 77
skills@unil.ch