**Nom : Marrakech le :**

**Prénom :**

**CIN :**

**Statut :**

**Spécialité :**

**Tél :**

***A***

***Monsieur le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale***

***S/C de la voie hiérarchique***

***Objet :*** *Demande de Changement de Centre de Formation.*

Monsieur le Ministre,

 J’ai l’honneur de solliciter de votre haute bienveillance de bien vouloir accepter ma demande de changement de centre de formation  : ................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Je porte à votre connaissance que je suis docteur de la faculté de médecine et de la pharmacie de Marrakech, admis(e) au concours de résidanat, session ………………………………………………

à la faculté de médecine et de la pharmacie de Marrakech.

 Dans l’attente d’une réponse favorable de votre part, veuillez agréer, Monsieur le Ministre, mes salutations les plus respectueuses.

 *L’intéressé(e) :*

*Avis du chef de service actuel : Avis du chef de service d’accueil:*

*Avis du directeur de l’hôpital : Avis du directeur de l’hôpital :*

*Avis de la directrice du CHU Med VI Marrakech : Avis du directeur du CHU …………………….. :*

*Avis de Monsieur le doyen de la FMPM : Avis de Monsieur le doyen ………………………….. :*