

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT OU DE L'ÉTUDIANTE

Nom : _____ Prénom(s) : _____ NI : _____

Adresse – numéro, rue, appartement ou boîte postale : _____

Ville, province (au Canada), État-pays : _____ Code postal – ZIP : _____

Numéro de téléphone (jour) : _____ Télécopieur : _____

Date de naissance : _____ Courriel ULaval : _____

PROGRAMME DE L'ÉTUDIANT OU DE L'ÉTUDIANTE

Titre du programme : _____

DÉTAILS DE LA LETTRE

Type : Permis d'études Langue : Français Permis de travail* Anglais Autre Expliquez :

Date de diplomation prévue** : _____ Date de livraison demandée*** : _____

* Pour avoir une lettre pour le permis de travail, le dépôt final doit avoir été effectué et être approuvé par la FESP.

** Veuillez noter que la diplomation se fait à la dernière journée de chaque mois.

*** Prévoir un minimum de 48 h.

DESTINATAIRE(S)

Je désire recevoir la lettre par : Courrier postal Télécopieur Courriel à mon adresse UL En personne, à la direction des programmes de la Faculté de pharmacie, local 2645 VND
Nombre de copie : _____

La loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) exige que la requérante ou le requérant signe ce formulaire de demande.

Signature manuscrite obligatoire : _____ Date : _____

Vous devez envoyer le formulaire à l'adresse courriel suivante : pha@pha.ulaval.ca

Ou par télécopieur au numéro suivant : 418 656-2305