**Déclaration sur l'Honneur**

Je soussigné(e),

Mme, Mlle; Mr : ..................................................................................................................

Né(e) le : ................................... à .......................................................................................

 ***Je déclare sur l'honneur qu'en date de ce jour, je n'exerce pas en tant que résidant au sein d'une faculté des sciences médicales.***

Dont déclaration