

Le programme de bourses RISE

Confirmation du médecin

Formulaire à remplir par un/e professionnel/le de la santé :

Je confirme que le/la candidat/e a reçu le diagnostic de maladie du foie cholestatique ou est le frère/la sœur d'une personne ayant reçu ce diagnostic qui est sous mes soins. Veuillez **ne pas** inclure les détails du diagnostic autres que sa confirmation. La présente confirmation servira uniquement à vérifier l'admissibilité du/de la candidat/e et ne sera pas partagée à l'extérieur de l'administration du Programme de bourses RISE.

Nom du/de la candidat/e : _____

Nom du médecin : _____

Titres de compétences : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Signature : _____ Date : _____