**FORMULAIRE DE DEMANDE DE VALIDATION du Sujet de Thèse**

**EN VUE DE L’obtention du**

**Diplôme d'Etat de DR en Pharmacie**

**------------------------------------------------------------------------------------**

**Ce document a pour but de permettre à la commission des thèses de limiter les sujets similaires ou redondants sur une trop courte période de soutenance.**

**Il sera obligatoirement renseigné avant tout début de travail de thèse.**

**I : Nom et prenom de l’étudiant.e** ……………………………………………………………………….

**INSCRIT.E EN : P5/P6 [ ]  DES [ ]**

**Numéro étudiant.e :**

**II : Nom et prenom du DIRECTEUR.TRICE DE THESE :** ……………………………………………………..

 Signature obligatoire,

**Co-directeur.TRICE, si directeur.trice non attaché.e à la Faculté Pharmacie Limoges :** ……………………

**III : DESCRIPTION DU SUJET DE THESE (4 - 5 lignes max) :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**IV : DATE ESTIMEE POUR LA SOUTENANCE :** ……………………………………………………………………………………………………………………….

**V : AVIS DE LA COMMISSION DE THESE :**

 **Favorable** **[ ]  Défavorable** **[ ]**

 **Date:** ………………………………………………………………………………………………………………………………

*A transmettre à : Mme Marion BONNORON 🕿 05.55.43.59.40 🖂* *marion.bonnoron@unilim.fr*