

**DEMANDE DE SOUTENANCE DE THESE
EN VUE DU
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Ce document doit être remis dûment complété (rubriques I, II et III) à la scolarité 3^{ème} CYCLE de la Faculté, **6 SEMAINES AVANT LA DATE PROPOSEE POUR LA SOUTENANCE** et **accompagné soit d'une photocopie de votre livret de famille soit un extrait de votre acte de naissance.**

I- NOM et PRENOM de l'étudiant.e :
(pour les étudiantes mariées: nom de jeune fille, suivi du nom d'épouse si cela est souhaité)

Numéro étudiant.e :

DATE DE NAISSANCE : à (Dépt).....

ADRESSE :

MAIL : **TELEPHONE :**

TITRE DE LA THESE (EN MAJUSCULES) :

.....

.....

.....

DATE proposée pour la soutenance (voir N.B) : le

à h

Salle :

II- ATTESTATION DU DIRECTEUR. TRICE DE LA THESE :

M / Mme , Directeur (trice) de la thèse, précise que
M / Mme est prêt.e à soutenir son mémoire de thèse en vue
du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine à la date ci-dessus indiquée (I).

DATE ET SIGNATURE :

III- ACCORD DU JURY : les soussignés sont d'accord pour faire partie du jury de thèse

	Nom	Prénom	Titre	Mail	Signature
Président.e :			PU		
1° assesseur :					
2° assesseur :					
3° assesseur :					
Membre. s invité.s :					

IV- Vu, le DOYEN -
Pr Pierre-Yves ROBERT

N.B: La réservation de la salle devra être faite **auprès de Mme BONNORON Marion**, pour tenir compte des possibilités matérielles d'organisation, **au minimum 3 mois avant la date de soutenance.**