

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 Prénom 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).....

Mail : **Téléphone :**

TITRE DE LA THESE (merci d'écrire lisiblement) :

.....
.....
.....

Date proposée pour la soutenance (voir N.B.) : Le
A 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

Président.e :	Nom	Prénom	Titre	Mail	Signature
			PU		

1 ^o assesseur :				
2 ^o assesseur :				
3 ^o assesseur :				

Membres invités :				

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

(la signature du Doyen sera apposée sur la convocation officielle)