Au plus tard 4 SEMAINES avant la date de soutenance de thèse

1°- renseigner TOUS les champs informatiquement
2°- imprimer, faire signer par tous les membres du jury
3°- remettre à la Scolarité Bureau C2

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THÈSE

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

N° Etudiant :

NOM de naissance : Prénom :

En D.E.S de :

Né(e) le 01/01/1900 à Département :

De nationalité :

Soutiendra le **01/01/2019** , de **-** , Faculté de Pharmacie - 9 rue Bias - Salle 102

Le sujet suivant :

COMPOSITION DU JURY

Intitulé, NOM, Prénom	Grade	Coordonnées	Tampon et Signature
PRÉSIDENT DU JURY **Professeur** Prénom **NOM**	PU-PH	Etablissement Service Code Ville Email	
DIRECTEUR DE THÈSE **Professeur** Prénom **NOM**	PU	Etablissement Service Code Ville Email	
MEMBRES **Professeur** Prénom **NOM**	PU		
	PU		
	PU		