UPEC
UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL
FACULTÉ DE SANTÉ

(À faire remplir dans l'ordre)

DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THESE

LE CANDIDAT

Je soussigné(e),

Nom et Prénom :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Sollicite l'autorisation de soutenir ma thèse d'exercice de médecine à :

Nom et Prénom du Président du jury :

Nom et Prénom du Directeur de thèse :

Fait à : le :
Signature :

DIRECTEUR DE THESE

Je soussigné(e) Mme/M. :

Directeur/Directrice de la thèse, certifie que la rédaction de la thèse de :
Mme/M. :

Est terminée, que celle-ci est conforme aux normes exigées par l'U.F.R de Santé de Créteil.

Fait à : le :
Cachet et signature :

BIBLIOTHEQUE

La bibliothèque de Santé de l'Université Paris Est Créteil certifie :

- avoir reçu pour dépôt 2 exemplaires de la thèse de :
Mme/M.

Fait à : CRÉTEIL le :
Cachet et signature :