**(Annexe n°2)**

**SOUTENANCE A LA FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

**DEMANDE D’AUTORISATION DE DIRIGER UNE THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE**

**DIRECTEUR DE THESE**

Après avoir pris connaissance des règlements en vigueur,

Je soussigné(e), M. …………………………………..…………………………………………………............

en qualité de :...........................................................................................................................

…

en fonction à la Faculté de :.........................................................................................................

Thèse présidée par le Professeur : ………………………………………………………………………………………..………….………..…………

**S’engage a diriger la thèse que :**

M.....................................................................................................................................

s’engage à soutenir dans le but d’obtenir le

**DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Discipline :**

Fait à CRETEIL, le :

Le Directeur de thèse : Le (ou la) candidat(e) :

Cachet et signature : Signature :

**AVIS DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE CRETEIL**

(\_) Favorable (\_) Défavorable

Fait à CRETEIL, le :

Le Doyen

Cachet et signature :