**(Annexe n°2a)**

**SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTE**

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

**DIRECTEUR DE THESE**

Je soussigné(e) M........................................................................................................

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

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

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

**S'ENGAGE A DIRIGER LA THESE 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

Cachet et signature :

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

(\_) Favorable (\_) Défavorable

Fait à CRETEIL, le :

Le Doyen

Cachet et signature :

**AVIS DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE D’ACCUEIL**

(\_) Favorable (\_) Défavorable

Fait à , le :

Le Doyen

Cachet et signature :