



FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THESE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

(à remettre à la scolarité du Département pharmacie
4 semaines avant la soutenance).

NOM Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Année d'inscription en 6^e année : 20 / 20 filière :

SUJET DE LA THÈSE :

Date et heure proposées pour la soutenance, après concertation du jury et accord de la
Faculté de Santé :

ATTESTATION DU DIRECTEUR DE THESE :

Le (a) Directeur (trice) de thèse atteste que l'étudiant (e) est prêt (e) à soutenir son
mémoire de thèse en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie à la
date indiquée ci-dessus. L'analyse de similitudes qui a été effectuée par le logiciel Compilatio
montre **un taux de similitudes de**

Nom, Prénom et signature :

HUIS CLOS demandé :

OUI

NON

Date de fin de confidentialité des documents :



**COMPOSITION ET ACCORD DU JURY (se référer à l'article 4.1 de livret du thèse)
LES SOUSSIGNÉS :**

	NOM Prénom	Fonction et courriel pour l'envoi de la convocation	Docteur en Pharmacie	Signature
Président		Fonction :		
Directeur		Fonction : Courriel :		
Co directeur		Fonction : Courriel :		
Membre		Fonction : Courriel :		
Membre		Fonction : Courriel :		

ACCEPTENT DE FAIRE PARTIE DU JURY DE THESE : Le

à

h

AVIS FAVORABLE Avis DÉFAVORABLE La Responsable du Groupe Thèse Véronique MARCHAIS	AVIS FAVORABLE AVIS DÉFAVORABLE Le Directeur du Département pharmacie Sébastien FAURE	AVIS FAVORABLE AVIS DÉFAVORABLE Le Doyen de la Faculté de Santé Cédric ANNWEILER
--	--	---

Date :

Date :

Date :

Remarque : Ce document permet de préparer la soutenance. Tous les membres doivent le signer et donner une adresse électronique lisible. Si un membre est éloigné géographiquement, vous pouvez lui envoyer le document par courriel.