

SERVICE :
Scolarité 3^{ème} cycle
Bureau des thèses

Laurence FAVERIE

TEL : 04.93.37.76.04

Mail : laurence.FAVERIE@unice.fr

SOUTENANCE DE THESE

PIECE N°1 *(à utiliser lorsque le Directeur de thèse n'est pas un professeur)* ***À rendre deux mois avant la date de soutenance***

Monsieur le Doyen,

L'étudiant en médecine.....
.....m'a demandé d'être directeur de la
Thèse qu'il compte préparer sur le sujet
suivant :.....
.....
.....
.....

Je suis d'accord pour assurer cette responsabilité et me conformer au règlement qui régit la soutenance des thèses à la Faculté de Médecine de Nice.

Le Président du jury sera Monsieur le Professeur

J'ai l'honneur de vous demander votre autorisation pour être Directeur de thèse.

Avis du Président du Jury
(Date et signature)

Le Directeur de thèse
*(Nom en lettres capitales et
Adresse, date et signature)*