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 3 semaines avant la soutenance).

NOM Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone : **Courriel :**

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

SUJET DE LA THÈSE :

PatrickPatrick

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 :

Faculté de Santé Département pharmacie –
16, Boulevard Daviers - 49045 ANGERS Cedex - Tél. : 02 41 22 66 00 - Fax : 02 41 22 66 34

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 ☐	AVIS FAVORABLE ☐ AVIS DÉFAVORABLE ☐	AVIS FAVORABLE ☐ AVIS DÉFAVORABLE ☐
La Responsable du Groupe Thèse	Le Directeur du Département pharmacie	Le Doyen de la Faculté de Santé
Véronique MARCHAIS	Sébastien FAURE	Nicolas LEROLLE

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.