DEMANDE DE DISPENSE DES FORMATIONS DU COLLEGE DOCTORAL

ANNEE UNIVERSITAIRE : …../…..

JE SOUSSIGNE/E,

NOM : …… Prénom : …… N° ETUDIANT : |__|__|__|__||__|__|__|__|

(Nom de jeune fille pour la femme mariée) . ……

Adresse : …… Code Postal/Ville : ……

Courriel étudiant : ……@etud.univ-angers.fr Tél. : _ _ / _ _ /_ _ / _ _ /_ _

INSCRIT/E EN : (intitulé précis de la mention de doctorat)

Année de thèse : ❑ 1re année ❑ 2e année ❑ 3e année

Doctorat : ……

Laboratoire : ……

Directeur de thèse : ……

Ecole doctorale : ❑ BS ❑ MathSTIC ❑ 3M ❑ EGAAL ❑ STT ❑ EDGE ❑ DSP ❑ ELICC ❑ ALL ❑ SML ❑ SPI

SOLLICITE UNE DISPENSE DES FORMATIONS PROPOSEES PAR LE COLLEGE DOCTORAL POUR L'ANNEE EN COURS

Motif de cette demande de dispense : ……

……

……

NB : La demande de dispense des formations proposées par le collège doctoral revêt un **caractère exceptionnel** et doit s'appuyer sur des motifs pertinents : éloignement géographique (**cotutelle**), contrat Cifre, activité professionnelle à temps plein…. **Joindre toute pièce permettant de justifier la demande.**

La demande doit être validée et signée par le directeur de thèse puis être transmise au Collège doctoral pour instruction. ***La réponse vous sera envoyée par mél.***

Fait à , le

Signature du doctorant :

PARTIE GRISEE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

AVIS DU DIRECTEUR DE THESE	AVIS DU DIRECTEUR DU COLLEGE DOCTORAL
❑ **FAVORABLE** ❑ **DEFAVORABLE** Motif : …… **Le** |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| **Signature :**	❑ **FAVORABLE** ❑ **DEFAVORABLE** Motif : …… **Le** |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| **Signature :**