

UFR MEDECINE

Scolarité 3^{ème} cycle
Bureau des thèses

TEL : 04.89.15.34.38

medecine.scolarite.cycle3@univcotedazur.fr

**DEPÔT DU SUJET DE THESE
Pour la SOUTENANCE**

PIECE N°1

À rendre deux mois avant la date de soutenance

Nom et Prénom :
(Pour les femmes mariées, nom de jeune fille suivi du nom d'épouse)

Numéro de téléphone :

En cursus de DES de :

DIRECTEUR DE LA THESE :

TITRE du DIRECTEUR : ☐ DOCTEUR en MEDECINE
☐ PROFESSEUR d'UNIVERSITE

SUJET DE LA THESE :
.....
.....

Lu et approuvé, le Président du Jury,
Professeur

Date,
Signature :