

**UFR MEDECINE**

**SCOLARITE 3<sup>e</sup>Cycle**  
**Bureau des Thèses**  
TEL :  
04.89.15.34.38  
Mail :  
medecine.scolarite.cycle3  
@univ-cotedazur.fr

**TITRE DE LA THESE ET DATE DE SOUTENANCE**

**PIECE N°3**

***À rendre un mois avant la date de soutenance***

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

Spécialité (DES) suivie :

Titre définitif de la thèse EN LETTRES CAPITALES et LISIBLEMENT :

.....

.....

.....

.....

.....

**Date de soutenance :**

**Heure de soutenance :**

**Salles :**                      ☐ **Amphi 1**                      ☐ **Salle de thèse**

Date et visa du Président :