

UFR MEDECINE

SCOLARITE 3^eCycle

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 :