

**UFR MEDECINE**

**SCOLARITE 3<sup>e</sup>Cycle**

**Bureau des Thèses**

AFFAIRE SUIVIE PAR :

Giovanna SANTORO

TEL :

04.89.15.34.38

Mail :

medecine.scolarite.cycle3

@univ-cotedazur.fr

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

**PIECE N°4**

*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)*

Titre définitif de la thèse EN LETTRES CAPITALES :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Date de soutenance :**

**Heure de soutenance :**

**Salles :**

**Amphi**

**Salle de thèse**

Date et visa du Président :