UNIVERSITÉ COTE D’AZUR  
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE  
5, rue du 22e BCA, 06300 Nice

ICI VOTRE SUJET DE THESE EN MAJUSCULE

Année xxxx Thèse n°xxxxx

**THÈSE**

Présentée et publiquement soutenue devant   
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice  
Le …………. Par

**Monsieur/Madame Prénom NOM**

Né(e) le xx xx 19xx à xxx  
Pour obtenir le grade de :

**DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d’État)**

Examinateurs :

Monsieur / Madame le Professeur XXXX Président du jury

Monsieur / Madame le Professeur/Docteur XXXX Directeur de thèse

XXXX Assesseur

XXXX Assesseur

XXXX Membre invité

*Serment d’Hippocrate*

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l’effigie d’Hippocrate,*

*Je promets et je jure, au nom de l’Etre Suprême, d’être fidèle aux lois*

*de l’Honneur et de la probité dans l’exercice de La Médecine Dentaire.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l’indigent et n’exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d’honoraires.*

*Admis dans l’intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s’interposer entre mon Devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n’admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l’Humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à leurs enfants l’instruction que j’ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,*

*Que je sois couvert d’opprobre et méprisé de mes confrères si j’y manque.*



**Approbation – Improbation**

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé, Vu,

Nice, le

Le Président du jury, Le Doyen de la Faculté de

Chirurgie Dentaire de l’UNS

Professeur Professeur Laurence LUPI

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

**Prénom NOM**

ICI VOTRE SUJET DE THESE EN MAJUSCULE

**Thèse**: Chirurgie Dentaire, Nice, **année**, **n°xxxxxxx**

**Directeur de thèse : NOM du directeur (souligné)**

**Mots-clés : xxxxxx, xxxxxx, xxxxxx….**

**Résumé:**

**Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**