**Collège doctoral – Université de Strasbourg**

[www.unistra.fr](http://www.unistra.fr/) [– www.uha.fr](http://www.uha.fr/)

**PROPOSITION DE JURY POUR UNE SOUTENANCE PREVUE LE :**

**Le nombre des membres du jury est compris entre quatre et huit.**

|  |
| --- |
| **CANDIDAT :**[ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : N° d’étudiant : Adresse électronique : Téléphone : TITRE COMPLET ET **DEFINITIF** DE LA THESE (Français et Anglais)Français :  Anglais :  Si possible la spécialité du diplôme de doctorat: *(Choisie dans liste ci-jointe)*La thèse a-t-elle un caractère confidentiel ? [ ]  OUI [ ]  NON ⮡ Si oui : [ ] Partiel [ ]  TotalS’agit-il d’une thèse en cotutelle ? [ ]  OUI [ ]  NON  |

|  |
| --- |
| **LE DIRECTEUR DE THESE :**[ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : [ ]  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier [ ]  Directeur de recherches[ ]  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier [ ]  Chargé de recherches [ ]  Autres, préciser : Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : Adresse précise de cet établissement :  Adresse d’expédition du courrier (si différente de la précédente) :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |
| --- |
| **CODIRECTEUR DE THESE** /**ENCADRANT ENTREPRISE** (le cas échéant) **:**[ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : [ ]  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier [ ]  Directeur de recherches[ ]  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier [ ]  Chargé de recherches [ ]  Emérite[ ]  Autres, préciser : HDR [ ]  OUI [ ]  NONEtablissement où est statutairement affectée la personne proposée : Adresse précise de cet établissement :  Adresse d’expédition du courrier (si différente de la précédente) :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |
| --- |
| **RAPPORTEUR EXTERNE 1**[ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : [ ]  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier [ ]  Directeur de recherches[ ]  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier [ ]  Chargé de recherches [ ]  Emérite[ ]  Autres, préciser : HDR [ ]  OUI [ ]  NONEtablissement où est statutairement affectée la personne proposée : Adresse précise de cet établissement :  Adresse d’expédition du courrier (si différente de la précédente) :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |
| --- |
| **RAPPORTEUR EXTERNE 2**[ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : [ ]  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier [ ]  Directeur de recherches[ ]  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier [ ]  Chargé de recherches [ ]  Emérite[ ]  Autres, préciser : HDR [ ]  OUI [ ]  NONEtablissement où est statutairement affectée la personne proposée : Adresse précise de cet établissement :  Adresse d’expédition du courrier (si différente de la précédente) :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |
| --- |
| **RAPPORTEUR « monde socio-économique » (s’il y a lieu)** [ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : Spécialité ou profil de compétence : Entreprise : Adresse postale :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |
| --- |
| **EXAMINATEUR :** [ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : [ ]  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier [ ]  Directeur de recherches[ ]  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier [ ]  Chargé de recherches [ ]  Emérite[ ]  Autres, préciser : HDR [ ]  OUI [ ]  NONEtablissement où est statutairement affectée la personne proposée : Adresse précise de cet établissement :  Adresse d’expédition du courrier (si différente de la précédente) :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |
| --- |
| **EXAMINATEUR :**[ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : [ ]  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier [ ]  Directeur de recherches[ ]  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier [ ]  Chargé de recherches [ ]  Emérite[ ]  Autres, préciser : HDR [ ]  OUI [ ]  NONEtablissement où est statutairement affectée la personne proposée : Adresse précise de cet établissement :  Adresse d’expédition du courrier (si différente de la précédente) :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |
| --- |
| **EXAMINATEUR :**[ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : [ ]  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier [ ]  Directeur de recherches[ ]  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier [ ]  Chargé de recherches [ ]  Emérite[ ]  Autres, préciser : HDR [ ]  OUI [ ]  NONEtablissement où est statutairement affectée la personne proposée : Adresse précise de cet établissement :  Adresse d’expédition du courrier (si différente de la précédente) :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |
| --- |
| **EXAMINATEUR :**[ ]  M. [ ]  Mme NOM : Prénom : Qualité : [ ]  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier [ ]  Directeur de recherches[ ]  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier [ ]  Chargé de recherches [ ]  Emérite[ ]  Autres, préciser : HDR [ ]  OUI [ ]  NONEtablissement où est statutairement affectée la personne proposée : Adresse précise de cet établissement :  Adresse d’expédition du courrier (si différente de la précédente) :  Adresse électronique : Téléphone :  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ECOLE DOCTORALE :** [ ]  ED 101 - Sciences juridiques [ ]  ED 182 - Physique et chimie physique [ ]  ED 221 - Augustin Cournot [ ]  ED 222 - Sciences chimiques [ ]  ED 269 - Mathématiques, sciences de l’information et de l’ingénieur  | [ ]  ED 270 - Théologie et sciences religieuses[ ]  ED 413 - Sciences de la terre et de l’environnement[ ]  ED 414 - Sciences de la vie et de la santé[ ]  ED 519 - Sciences de l’Homme et des sociétés- Perspectives européennes[ ]  ED 520 - Humanités |

**PARTIE A COMPLETER PAR LE DIRECTEUR DE THESE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Récapitulatif des membres proposés :** ***(nombre)*** Professeurs/Directeurs de recherches Membres externes établissement/site Femmes Hommes | **Récapitulatif des formations du doctorant :**[ ]  Charte de déontologie[ ]  MOOC Intégrité de la recherche heures de formations transversales heures de formations disciplinaires | **Soutenance dématérialisée (\*)**[ ]  OUI [ ]  NON⮡ [ ]  Partielle [ ]  Totale  |

*(\*) Dématérialisation :*

*- partiellement : présence sur site obligatoire du doctorant, direction de thèse, président du jury*

*- totalement : tous les membres sont en vidéoconférence*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Le Directeur de thèse atteste que le doctorant n’a pas de publications communes, ni de lien professionnel ou personnel avec les rapporteurs.** Date : Signature :  | **Avis du Directeur de l’école doctorale :** Date : Signature : | **Décision du Président de l’Université :**Date : Signature : |