

CANDIDAT-E: □ M. □ Mme NOM:......Prénom:..... N° d'étudiant⋅e : TITRE COMPLET ET **DEFINITIF** DE LA THESE (Français et 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 □ Total S'agit-il d'une thèse en cotutelle ? □ OUI □ NON **DIRECTION DE THESE:** □ M. □ Mme NOM: Prénom: Qualité: ☐ PR ou PUPH \square DR ☐ MCF ou MCU-PH □ CR □ 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) : **CODIRECTION DE THESE /ENCADREMENT ENTREPRISE** (le cas échéant) : ☐ PR ou PUPH Qualité: \square DR ☐ MCF ou MCU-PH □ CR □ Emérite □ Autres, préciser : **HDR**

se de cet établissement :	······································	e proposée :
eédition du courrier (si différ	ente de la précé	édente) :
		Téléphone :
UR-E EXTERNE 1		
NOM :		Prénom :
☐ PR ou PUPH	□ DR	
☐ MCF ou MCU-PH	□ CR	
☐ Emérite		
☐ Autres, préciser :		
□ OUI □ NON		
□ OUI □ NON		
		e proposée :
se de cet établissement :		
		ádanta) ·
		edente) .
		Téléphone :
UR-E EXTERNE 2		
UR-E EXTERNE 2		Téléphone :
UR-E EXTERNE 2 NOM:	□ DR	Téléphone :
UR·E EXTERNE 2 NOM:	□ DR	Téléphone :
UR·E EXTERNE 2 NOM:PR ou PUPH MCF ou MCU-PH Emérite	□ DR	Téléphone :
UR·E EXTERNE 2 NOM:PR ou PUPH MCF ou MCU-PH Emérite	□ DR	Téléphone :
UR-E EXTERNE 2 NOM:	□ DR	Téléphone :
UR-E EXTERNE 2 NOM:	□ DR □ CR	Téléphone :
UR-E EXTERNE 2 NOM:	□ DR □ CR	Prénom :
UR-E EXTERNE 2 NOM: PR ou PUPH MCF ou MCU-PH Emérite Autres, préciser: OUI NON OUI NON où est statutairement affectse de cet établissement:	□ DR □ CR ctée la personne ente de la précé	Prénom :
UR-E EXTERNE 2 NOM:	□ DR □ CR	Prénom :
UR-E EXTERNE 2 NOM:	□ DR □ CR ctée la personne	Téléphone : Prénom : proposée : édente) : Téléphone :
	se de cet établissement : pédition du courrier (si différent de cet établissement : UR-E EXTERNE 1 NOM :	se de cet établissement :

Qualité :				
Spécialité ou	profil de compétence :			
Entreprise :				
Adresse post	ale :			
Adresse élect	tronique :			Téléphone :
AUTRE ME	MBRE:			
☐ M. ☐ Mme	NOM :		Prénom :	
Qualité :	☐ PR ou PUPH	□ DR		
	☐ MCF ou MCU-PH	□ CR		
	□ Emérite			
	☐ Autres, préciser :			
HDR	□ OUI □ NON			
Etablissemen	t où est statutairement affec	tée la personn	e proposée :	
Adresse préc	ise de cet établissement :			
Adresse d'ex	pédition du courrier (si différ	ente de la préd	cédente) :	
Adrocco áloc	luania			Téléphone :
Adresse elec	tronique :		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	releptione
	·			тетернопе
AUTRE ME	MBRE :			
AUTRE ME	MBRE :			тетернопе
AUTRE ME	MBRE: NOM:	□ DR		
AUTRE ME	MBRE :			
AUTRE ME	MBRE: NOM:	□ DR		
AUTRE ME	MBRE: NOM: PR ou PUPH MCF ou MCU-PH	□ DR □ CR	Prénom :	
AUTRE ME	MBRE: NOM: PR ou PUPH MCF ou MCU-PH Emérite	□ DR □ CR	Prénom :	
AUTRE ME M. Mme Qualité:	MBRE: NOM: PR ou PUPH MCF ou MCU-PH Emérite Autres, préciser:	□ DR □ CR	Prénom :	
AUTRE ME M. Mme Qualité: HDR Etablissemen	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	Prénom :	
AUTRE ME M. Mme Qualité: HDR Etablissement Adresse précomment	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	Prénom :	
AUTRE ME M. Mme Qualité: HDR Etablissement Adresse précomment	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	Prénom :	
AUTRE ME M. Mme Qualité: HDR Etablissement Adresse précondant Adresse d'ex	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	ne proposée :	
AUTRE ME M. Mme Qualité: HDR Etablissement Adresse précondant Adresse d'ex	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	ne proposée :	
AUTRE ME M. Mme Qualité: HDR Etablissement Adresse précomment Adresse d'ext Adresse élect	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	ne proposée :	
AUTRE ME D M. D Mme Qualité: HDR Etablissement Adresse précondant Adresse d'expanse Adresse élect AUTRE ME	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	e proposée :	Téléphone :
AUTRE ME O M. O Mme Qualité: HDR Etablissement Adresse précondant Adresse d'ext Adresse élect AUTRE ME O M. O Mme	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	e proposée :	
AUTRE ME D M. D Mme Qualité: HDR Etablissement Adresse précondant Adresse d'expanse Adresse élect AUTRE ME	MBRE: NOM:	□ DR □ CR	e proposée :	Téléphone :

	☐ Emérite				
	☐ Autres, préciser :				
HDR	□ OUI □ NON				
Etablissemer	nt où est statutairement affectée	e la p	ersonne proposée :		
Adresse précise de cet établissement :					
Adresse d'ex	pédition du courrier (si différent	te de	la précédente) :		
Adresse élec	tronique :		Téléphone :		
AUTRE ME	MBRE:				
☐ M. ☐ Mme	e NOM :		Prénom :		
Qualité :	□ PR ou PUPH	□ DF	र		
	☐ MCF ou MCU-PH	□ CF	र		
	□ Emérite				
	☐ Autres, préciser :				
HDR	□ OUI □ NON				
Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée :					
Adresse précise de cet établissement :					
Adresse d'ex	pédition du courrier (si différent	te de	la précédente) :		
Adresse élec	tronique :		Téléphone :		
ECOLE DO	CTORALE:				
	Sciences juridiques		☐ ED 270 - Théologie et sciences religi		
	Physique et chimie physique		☐ ED 413 - Sciences de la terre et de la		
	Augustin Cournot		□ ED 414 - Sciences de la vie et de la :□ ED 519 - Sciences de l'Homme et de		
□ ED 222 -	Sciences chimiques Mathématiques, sciences de		Perspectives européennes	53 30016163-	
□ ED 209 -	l'information et de l'ingénieur		□ ED 520 - Humanités		
PARTIE A COMPLETER PAR LA DIRECTION DE THESE :					
-	f des membres proposés :		capitulatif des formations du	Soutenance	
(nombre)	HIDH/DD	doctorant : dématérialisée (*)		demateriansee (*)	
	s externes établissement/site	☐ Charte de déontologie ☐ MOCC Intégrité de la recharable ☐ OUI ☐ NON			
Femmes		☐ MOOC Intégrité de la recherche heures de formations transversales ☐ Partielle			
		•••••	heures de formations disciplinaires	☐ Totale	

^(*) Dématérialisation :
- partiellement : présence sur site obligatoire du doctorant, direction de thèse, président du jury
- totalement : tous les membres sont en vidéoconférence

La Direction de thèse atteste que le/la doctorant-e n'a pas de publications communes, ni de lien professionnel ou	Avis de la Direction de l'école doctorale :	Décision du Président de l'Université :
personnel avec les rapporteur·e·s.	Date :	Date :
Date :	Signature :	Signature :
Signature :		