

DEMANDE D'AUTORISATION DE PRESENTER
UNE THESE OU UN ENSEMBLE DE TRAVAUX
EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME DE DOCTORAT

ECOLE DOCTORALE DE RATTACHEMENT : LSHS SEJPG SF SPI SVSAE

LE CANDIDAT (NOM, PRENOM) : _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____ NATIONALITE : _____

ADRESSE : _____

SUJET DE LA THESE (ECRIRE TRES LISIBLEMENT) :

SPECIALITE : _____

NOM DU DIRECTEUR DE RECHERCHE DOCTORALE: _____

Date et Signature du Doctorant	Signature du Directeur de recherche doctorale
--------------------------------	---

Partie complétée par l'Ecole Doctorale :

NOM DES RAPPORTEURS : *(les rapports motivés doivent être joints à la demande)*

1) _____ Avis _____

2) _____ Avis _____

3) _____ Avis _____

(les rapporteurs doivent être extérieurs à l'Ecole Doctorale et à l'Université CLERMONT AUVERGNE)

Avis du Responsable de l'Ecole Doctorale : (Date et Signature)	Décision du Président de L'UCA : (Date et Signature)
---	---