**DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**DES DE**

**DEMANDE D’AUTORISATION DE SOUTENANCE**

Nom et Prénom de l’étudiant : INE :

Date, heure et lieu de soutenance :

Le à Amphithéâtre ou salle :

**Engagement de l’étudiant - Charte de non-plagiat**

J’atteste sur l’honneur que tout contenu qui n’est pas explicitement présenté comme une citation est un contenu personnel et original.

 Signature de l’étudiant :

**Avis du directeur de thèse**

Nom : Prénom :

 🞏 Favorable 🞏 Défavorable

Motif de l’avis défavorable :

🞏 certifie que le mémoire de M ne nécessite plus de modifications avant la soutenance

Date :

Signature :

**Avis du président du jury**

Nom : Prénom :

 🞏 Favorable 🞏 Défavorable

Motif de l’avis défavorable :

Date :

Signature :

**Décision du Doyen**

 🞏 Favorable 🞏 Défavorable

Le

Le Doyen

D. ALLORGE

*NB : La faculté n’entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.*