**Collège doctoral – Université de Strasbourg**

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

|  |
| --- |
| DATE DE RECEPTION A L’ECOLE DOCTORALE : |
| DATE DE RECEPTION AU COLLEGE DOCTORAL : |

**PROPOSITION DE JURY POUR UNE SOUTENANCE PREVUE LE :** Cliquez ici pour entrer une date.

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

|  |
| --- |
| **CANDIDAT**  M Mme NOM : Prénom : N° d’étudiant :  Adresse postale : Adresse électronique : Téléphone :  TITRE COMPLET ET DEFINITIF DE LA THESE  Français : Anglais :  SPECIALITE :  La thèse a-t-elle un caractère confidentiel ? OUI  NON  Partiel  Total  S’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 : Préciser l’EPST  **HDR OUI**  **NON**  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 : N° de téléphone : |



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 : \_ N° de téléphone :

**NON**

**OUI**

**HDR**

Préciser l’EPST

Préciser :

Emérite

Autres

Chargé de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier

Directeur de recherches

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier

**CODIRECTEUR DE THESE** /**ENCADRANT ENTREPRISE** (le cas échéant) :

M Mme NOM : Prénom :



**RAPPORTEURS PROPOSES** :

**RAPPORTEUR externe**

M Mme NOM : Prénom :

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier

Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier

Chargé de recherches

Emérite

Autres

Préciser :

Préciser l’EPST

**HDR**

**OUI**

**NON**

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 : N° de téléphone :

|  |
| --- |
| **RAPPORTEUR externe**  M Mme NOM : Prénom : Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres  Préciser : Préciser l’EPST  **HDR OUI**  **NON**  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 : N° de téléphone : |
| **RAPPORTEUR « monde socio-économique » (s’il y a lieu)**  M Mme NOM : \_ Prénom :  **Qualité** : Autre Préciser  Spécialité ou profil de compétence : Entreprise : Adresse postale : Adresse électronique : N° de téléphone : |

# AUTRES MEMBRES PROPOSES : Examinateurs



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 : N° de téléphone :

**NON**

**OUI**

**HDR**

Préciser l’EPST

Préciser :

Emérite

Autres

Chargé de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier

Directeur de recherches

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier

M Mme NOM : Prénom :

|  |
| --- |
| M Mme NOM : Prénom : Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres  Préciser : Préciser l’EPST  **HDR OUI**  **NON**  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 : N° de téléphone : |
| M Mme NOM : Prénom : Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres  Préciser : Préciser l’EPST  **HDR OUI**  **NON**  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 : N° de téléphone : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***ECOLES DOCTORALES*** :  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 à compléter par le directeur de thèse :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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  Nbre Heures formations transversales  Nbre Heures formations disciplinaires | Soutenance dématérialisée (\*)  OUI  NON  Partiellement Totalement |

(\*) Dématérialisation :

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

Spécialité du diplôme de doctorat:

(Choisie dans liste ci-jointe)

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