



Université de Caen · Normandie
UFR Santé
Faculté des Sciences Pharmaceutiques

AUTORISATION DE SOUTENANCE

Imprimé à transmettre au plus tard 3 semaines et 3 jours avant la soutenance à :
pharmacie.these@unicaen.fr

Je soussigné, , Directeur de thèse, certifie que le mémoire de
 est prêt et que le(la) candidat(e) est autorisé(e) à soutenir sa
thèse le (date et heure)

CANDIDAT

NOM - Prénom :

N° d'étudiant :

Mail :

Téléphone :

Dernière année validée :

TITRE DE LA THESE (A REMPLIR EN MAJUSCULES) :

COMPOSITION DU JURY DE THESE (à convoquer pour la soutenance)

Président :

Membres : -

-

-

-

Fait à Caen, Le

DIRECTEUR DE THÈSE

NOM - Prénom :

Signature :

DIRECTEUR DE LA FACULTÉ DES SCIENCES
PHARMACEUTIQUES

NOM - Prénom :

Signature :

Ce formulaire doit être déposé en même temps que l'exemplaire unique, signé en 4ème de couverture par le Président de Jury.