**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 THESEFrançais : 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 PréciserSpécialité 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 juridiquesED 182 – Physique et chimie physique ED 221 – Augustin CournotED 222 - Sciences chimiquesED 269 - Mathématiques, sciences de l’information et de l’ingénieur | ED 270 – Théologie et sciences religieusesED 413 – Sciences de la terre et de l’environnement ED 414 – Sciences de la vie et de la santéED 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 : |