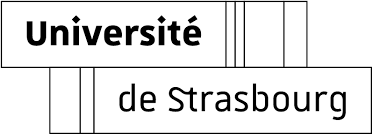
**Collège doctoral – Université de Strasbourg**

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

**PROPOSITION DE JURY POUR UNE SOUTENANCE PREVUE LE :**

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

|  |
| --- |
| **CANDIDAT :**  M.  Mme NOM : Prénom :  N° d’étudiant :  Adresse électronique : Téléphone :  TITRE COMPLET ET **DEFINITIF** DE LA THESE (Français et Anglais)  Français :    Anglais :    Si possible la spécialité du diplôme de doctorat:  *(Choisie dans liste ci-jointe)*  La thèse a-t-elle un caractère confidentiel ?  OUI  NON  ⮡ Si oui : 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 :  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 : Téléphone : |

|  |
| --- |
| **CODIRECTEUR DE THESE** /**ENCADRANT ENTREPRISE** (le cas échéant) **:**  M.  Mme NOM : Prénom :  Qualité :  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres, préciser :  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 : Téléphone : |

|  |
| --- |
| **RAPPORTEUR EXTERNE 1**  M.  Mme NOM : Prénom :  Qualité :  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres, préciser :  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 : Téléphone : |

|  |
| --- |
| **RAPPORTEUR EXTERNE 2**  M.  Mme NOM : Prénom :  Qualité :  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres, préciser :  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 : Téléphone : |

|  |
| --- |
| **RAPPORTEUR « monde socio-économique » (s’il y a lieu)**  M.  Mme NOM : Prénom :  Qualité :  Spécialité ou profil de compétence :  Entreprise :  Adresse postale :    Adresse électronique : Téléphone : |

|  |
| --- |
| **EXAMINATEUR :**  M.  Mme NOM : Prénom :  Qualité :  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres, préciser :  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 : Téléphone : |

|  |
| --- |
| **EXAMINATEUR :**  M.  Mme NOM : Prénom :  Qualité :  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres, préciser :  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 : Téléphone : |

|  |
| --- |
| **EXAMINATEUR :**  M.  Mme NOM : Prénom :  Qualité :  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres, préciser :  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 : Téléphone : |

|  |
| --- |
| **EXAMINATEUR :**  M.  Mme NOM : Prénom :  Qualité :  Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier  Directeur de recherches  Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier  Chargé de recherches  Emérite  Autres, préciser :  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 : Téléphone : |

|  |  |
| --- | --- |
| **ECOLE DOCTORALE :**  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 A COMPLETER PAR LE DIRECTEUR DE THESE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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  heures de formations transversales  heures de formations disciplinaires | **Soutenance dématérialisée (\*)**  OUI  NON  ⮡  Partielle  Totale |

*(\*) Dématérialisation :*

*- partiellement : présence sur site obligatoire du doctorant, direction de thèse, président du jury*

*- totalement : tous les membres sont en vidéoconférence*

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