



DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

Date :

Heure :

Lieu de soutenance de thèse :

Nom et prénom du candidat :

Adresse :

Tél. :

Email :

Interne Medecine générale (D.E.S.)

Interne Autres Spécialités (préciser laquelle)

(cocher la case correspondante)

TITRE DE LA THESE

(Dactylographié)

PRESIDENT ET MEMBRES DU JURY

M. le Président :

UFR

M. le Professeur

UFR

M. le Professeur

UFR

M. le Docteur

UFR

Vu, le Président de jury
(Nom et signature)

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux

Carole BURILLON