

**DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE**

**Nom et prénom du candidat** :

Adresse :

Tél. : Email :

|  |
| --- |
| Date : Heure : Lieu de soutenance de thèse : |

Cocher la case correspondante :

🞎 Interne Medecine générale (D.E.S.)

🞎 Interne Autres Spécialités (préciser laquelle)

**Titre de la thèse :**

**PRESIDENT ET MEMBRES DU JURY**

Nom, prénom et titre

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 Facultéde Médecine et de MaïeutiqueLyon-Sud Charles MérieuxPr Philippe PAPAREL |
|  |  |