



Demande de modification de titre de la thèse

A

Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire

S/C

Madame la Directrice du Centre des Etudes Doctorales

"Sciences et Techniques et Sciences Médicales"

Nom du doctorant : -----
Date et Lieu de Naissance : -----
Nationalité : -----
C.I.N. : -----
C.N.E : -----
Année de 1^{ère} inscription : -----
Numéro de Téléphone : -----
Directeur de thèse : -----
Laboratoire de recherche : -----
Etablissement : **Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire**-----
Discipline : -----
Spécialité : -----

Suite à l'avancement des travaux de recherche et pour une adéquation entre le titre et le contenu,
nous demandons le changement du :

Sujet/ Intitulé de thèse initial :

Par le Titre de thèse :

Date et signature du doctorant

Avis et signature du Directeur de thèse

Avis et signature du Directrice du CEDoc

Avis et signature du Doyen