

Docteur·e	Nom (de naissance) :						
	Prénom :						
	École Doctorale	<input type="checkbox"/> 3MG <input type="checkbox"/> MaSTIC	<input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> SIS	<input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> STT	<input type="checkbox"/> DSPL <input type="checkbox"/> VAAME	<input type="checkbox"/> ECLIS	<input type="checkbox"/> EDGE Pays de Loire

Je sollicite auprès de la présidence de l'établissement l'autorisation de soutenir la thèse à huis clos à la date prévue du :

- Arrêté du 25 mai 2016, article 19 : la soutenance est publique, sauf dérogation accordée à titre exceptionnel par le chef d'établissement si le sujet de la thèse présente un caractère de confidentialité avéré).
- Aucune [publicité de la soutenance](#) ne sera faite sur le site web

Titre de la thèse :

Motif(s) de la demande :

Docteur·e

Date :

Signature

Direction de thèse

Date :

Signature

Avis direction (adjointe) de l'ED

avis favorable

avis défavorable

Date :

Signature

Décision présidence établissement

autorisation

refus

Motif :

Date :

Signature