****

**AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THESE EN DEHORS DES LOCAUX DE SORBONNE UNIVERSITE**

**AUTHORIZATION FOR THESIS DEFENSE OUTSIDE SORBONNE UNIVERSITE**

|  |  |
| --- | --- |
| A compléter par le doctorant - To be filled by the doctoral candidate |  |
|  | |
| Nom de naissance  - Birth name: | |
| Nom d’usage – Family Name: | |
| Prénom – First name: | |
| Numéro de dossier – Student ID: | |
| Ecole doctorale - Doctoral School: | |

**Le doctorant transmet cette fiche à l’organisme ou aura lieu physiquement la soutenance pour autorisation -   
The doctoral candidate sends this form to the institution where the defense will take place for authorization.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autorisation de l’organisme d’accueil de la soutenance de thèse – Authorization of host institution where the defense takes place |  | Signature et cachet de l’organisme d’accueil  Signature and seal of the host institution |
| Date de la soutenance -Date of defense |  |  |
| Nom de l’organisme d’accueil - Name of host institution |  |  |
| Adresse - Address of host institution |  |  |

**La remet au bureau d’accueil des doctorants pour accord du Président – To be delivered it to the Doctoral Information and Registration Office for the agreement of the President of Sorbonne Université**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autorisation du Président de Sorbonne UniversitéAuthorization from the President of Sorbonne Université | | Date | Signature et cachet du Président de Sorbonne Université  Signature and seal of the President of Sorbonne Université |
| Acceptée/Accepted  Refusée/rejected | |  |  |
| Sorbonne Université  Bureau d’accueil, inscription des doctorants  Esc G, 2ème étage  15 rue de l’école de médecine  75270-PARIS CEDEX 06 | | Tél. pour les doctorants de A à EL : 01 44 27 28 07  Tél. pour les doctorants de EM à MON : 01 44 27 28 05  Tél. pour les doctorants de MOO à Z : 01 44 27 28 02  E-mail : scolarite.doctorat@sorbonne-universite.fr | | | |