###### UNIVERSITÉ SAINT-JOSEPH DE BEYROUTH

**Faculté: École Doctorale :**

 ***Renseignements sur le doctorant***

**NOM patronymique : Prénom :**

**Nom Marital :**

**Adresse électronique :**

***Renseignements sur la thèse***

**Titre de la thèse :**

**Discipline : Spécialité :**

**Date et lieu de soutenance :**

**Directeur(s) de thèse :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom des membres du jury (En majuscules)** | **Rôle** | **Diplôme (Doctorat d’Université, HDR, …)** | **Titre/Grade** | **Nom de l’établissement de rattachement & adresse**  |
|  | **Président du jury (s’il est déjà désigné)** |  |  |  |
|  | **Directeur(s) thèse**  |  |  |  |
|  | **Rapporteur** |  |  |  |
|  | **Rapporteur**  |  |  |  |
|  | **Examinateur** |  |  |  |
|  | **Examinateur** |  |  |  |
|  | **Autre membre**  |  |  |  |
|  | **Autre membre**  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Publication acceptée** | **□ Oui 1 ;2 ;3** | **□ Non** |
| **Publication soumise** | **□ Oui 1 ;2 ;3** | **□ Non** |
| **Communications**  | **□ Oui 1 ;2 ;3** | **□ Non** |

###### Demande d’autorisation pour une soutenance de thèse de doctorat

*L’École Doctorale -----------------------------------------------------, après approbation des deux*

*Rapporteurs de la thèse de Mr. /Mme* (*Nom et prénom du/de la doctorant(e)) et suite à la demande du/des directeur(s) de thèse, soumet cette demande d’autorisation de soutenance pour approbation par le R.P. Recteur.*

**Acceptée**: □ **refusée** : □

**Fait à ----------------------------------- le -- /-------------------/----**

|  |
| --- |
|  |

**Recteur de l’Université Saint-Joseph de Beyrouth,**

**Professeur Salim Daccache s.j.**