DEMANDE DE CHANGEMENT DE DIRECTION

LA/LE DOCTORANT(E)

NOM PATRONYMIQUE : *(Nom de naissance)* **PRÉNOM :**

NOM D'USAGE OU MARITAL : ***N° D'ÉTUDIANT :***

UNITÉ DE RECHERCHE : (Séléctionnez votre UR)

SUJET DE THÈSE :

Date : Signature :

L'ANCIENNE DIRECTION DE THÈSE

Je soussigné (e)

Appartenant à l'équipe (Séléctionnez votre UR)

☐ ***Accepte*** ☐ ***Refuse*** *de céder la direction de*

Motif :

Date : Signature :

☐ ***EN CAS DE DÉCÈS DE VOTRE ANCIEN DIRECTEUR, COCHEZ CETTE CASE.***

LA NOUVELLE DIRECTION DE THÈSE

Je soussigné (e)

Membre de l'Unité de Recherche : (Séléctionnez votre UR)

☐ ***Accepte*** *de reprendre la direction de*

Motif :

Date : Signature :

☐ ***SI LE CHANGEMENT DE DIRECTION ENTRAÎNE UN CHANGEMENT D'ÉQUIPE DE RECHERCHE :***

Ancienne unité de recherche : (Séléctionnez votre UR)

Direction de l'unité :

Date et signature :

Nouvelle unité de recherche : (Séléctionnez votre UR)

Direction de l'Unité :

Date et signature :

COTUTELLE / CODIRECTION

☐ Thèse faisant l'objet d'une CODIRECTION ☐ Thèse faisant l'objet d'une COTUTELLE

Tout changement de direction de thèse devra faire l'objet d'un avenant à la convention.

Veuillez contacter la responsable des Cotutelles et Codirection : cotutelles-ed@u-bordeaux-montaigne.fr / 05 57 12 10 60

DÉCISION DE LA DIRECTION DE L'ECOLE DOCTORALE

☐ **Favorable** ☐ **Défavorable**

AVIS :

Date : Signature :

Université Bordeaux Montaigne – Domaine universitaire 33607 Pessac Cedex — Pôle Doctorat / inscriptions-ed@u-bordeaux-montaigne.fr / 05 57 12 44 04