**IMPRIME 1 – DEPOT DU SUJET DE THESE**

**THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE**

Directeur de thèse : Madame / Monsieur

**INTERNE**

Madame / Monsieur

Inscrit-e en DES de

Année ECN :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Est autorisé(e) à traiter le sujet de thèse suivant :

Brest, le

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Le directeur de thèse**  *Prénom NOM* | **Le coordonnateur local de la spécialité**  *(le cas échéant)*  *Prénom NOM* | **La Directrice de l’UFR de Médecine et des Sciences de la Santé de Brest** |
|  |  | Pr Béatrice COCHENER-LAMARD |