



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY

APPROBATION D'UN SUJET DE THÈSE

(A compléter électroniquement)

Je, soussigné(e), Professeur / Docteur

certifie :

avoir confié à

avoir accepté de

Mme / M. :

Interne, D.E.S. de :

L'intitulé du sujet de thèse est :

.....
.....
.....
.....

La durée de validité du sujet de thèse est de :

(Passé ce délai, le sujet deviendra caduc et pourra être confié à un autre candidat)

Fait à , le

Le Directeur de la thèse,

Professeur / Docteur

Vu à Vandœuvre, le

Le Doyen de la Faculté de
Médecine

Professeur Stéphane ZUILY