**DEMANDE D’AUTORISATION D’UNE SOUTENANCE DE THÈSE PAR VISIOCONFÉRENCE INTÉGRALE**

Titre de la thèse : ......................................................................................................................................

Unité de Recherche : ................................................................................................................................

École Doctorale : .......................................................................................................................................

Nous soussigné(e)s, [Nom, Prénom du directeur ou de la directrice de thèse] et [Nom, Prénom du doctorant ou de la doctorante], sollicitons du chef de l’établissement l’autorisation d’organiser la soutenance de la thèse par visioconférence intégrale.

Justification de la demande[[1]](#footnote-1) : ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom, date et signature du doctorant ou de la doctorante : | Nom, prénom, date et signature du directeur ou de la directrice de thèse : |

|  |
| --- |
| **Avis du directeur ou de la directrice de l’école doctorale : 🗆** Favorable **🗆**  Défavorable  Nom, prénom, date et signature : |

|  |
| --- |
| **Décision du Chef d’établissement : 🗆** Accorde **🗆**  Refuse la demande d’organiser la soutenance de thèse par visioconférence intégrale.  Pour le Président d’Aix-Marseille Université et par délégation,  le Vice-Président délégué en charge de la formation doctorale,  Mossadek Talby |

1. L’organisation d’une soutenance par visioconférence intégrale est exceptionnelle. Elle ne doit être envisagée que dans le cadre de conditions ne permettant ni le report de la soutenance à une date ultérieure ni son organisation par voie partiellement dématérialisée. [↑](#footnote-ref-1)