Les informations ECRITES en couleur avec un fond jaune doivent être supprimées après téléchargement du dossier

LIRE TRES ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT AVANT DE LE COMPLETER

VOTRE DOSSIER DOIT ETRE DACTYLOGRAPHIE (tapuscrit)

NE PAS MODIFIER LA PRESENTATION OFFICIELLE DU DOSSIER et veuillez respecter la disposition en feuillets séparés, les signatures « reliées » au texte !

**DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE**

Nom, prénom du candidat : N° d’étudiant :

🞎 Interne Médecine générale (DES) 🞎 Interne Autres spécialités

*(cocher la case correspondante) (indiquer laquelle)*

**Titre de la thèse :**

**Président de thèse (nom, prénom et UFR) :**

**LUTTE CONTRE LE PLAGIAT**

**DECLARATION SUR L’HONNEUR**

Ayant été informé(e) qu’en m’appropriant tout ou partie d’une œuvre pour l’intégrer dans mon propre mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d’un délit de contrefaçon au sens de l’article L335-1 & suivants du Code de la Propriété Intellectuelle et que ce délit était constitutif d’une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la Loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le Président de l’Université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu’il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu’en cas de plagiat, la soutenance de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l’attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l’Université,

J’atteste sur l’honneur ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d’œuvre(s) déjà existant(e)s, à l’exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

***A écrire à la main****: « J’atteste sur l’honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j’encours en cas de déclaration erronée ou incomplète. »*

 *Signature de la (du) candidat(e)*

# DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

Date :

Lieu & salle de soutenance de thèse :

Heure de la thèse :

Nom, prénom du candidat :

Adresse :

🕿  Email :

🞎 Interne Médecine générale (DES) 🞎 Interne Autres spécialités

*(cocher la case correspondante)*

TITRE DE LA THESE

# PRESIDENT ET MEMBRES DU JURY

***Nom, prénom & titre Fonction exercée et lieu d’exercice***

*Président : UFR de médecine/UCBL1 :*

Professeur …..

*Membres assesseurs :* *UFR/Ucbl1 et/ou activité & lieu d’exercice (hospitalier ou libéral)*

Professeur …

Professeur …

Professeur ou docteur ou… …

Professeur ou docteur ou.. …

*Directeur de Thèse :*

*Membre invité : UFR/Ucbl1 et/ou activité & lieu d’exercice (hospitalier ou libéral)*

Professeur ou docteur ou…

**VU: Président de la thèse Signature du candidat :**

*(Nom et signature)*

 **VU :**

 **Pour Le Président de l’Université**

 **Le Doyen de l’UFR de Médecine Lyon-Est**

 **Professeur Gilles RODE**

# DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

Date :

Lieu (salle) de soutenance de thèse :

Heure de la thèse :

Nom, prénom du candidat :

Titre de la thèse :

**Document à remplir par le Président de la thèse, Professeur à l’Université Claude Bernard – Lyon 1**

1. Le Président s’engage à prendre la responsabilité du suivi de la thèse pour en assurer la qualité,
2. Le Président établit **un court rapport** confirmant que le travail effectué correspond bien à celui attendu pour une thèse de Doctorat en Médecine.
3. **Les soutenances doivent débuter au plus tard à 18 heures**

Rapport du Président de la thèse

IL EST STRICTEMENT INTERDIT DE METTRE LA SIGNATURE DU PRESIDENT DE THESE EN HAUT D’UNE PAGE VIDE.

 Lyon, le

 **Le Président de la thèse,**

 *Nom, Prénom du Président et Cachet du service*

 *Signature*

Nom, prénom du candidat :

# CONCLUSIONS

Cette page est uniquement un modèle de présentation pour les conclusions de la thèse. ELLES PEUVENT ALLER DE 1 à 6 PAGES maximum.

CONCLUSIONS

IL EST STRICTEMENT INTERDIT DE METTRE LES SIGNATURES EN HAUT D’UNE PAGE VIDE.

**Le Président de la thèse, Vu :**

*Nom et Prénom du Président* **Pour le Président de l’Université**,

*Cachet et Signature* **Le Doyen de l’UFR de Médecine Lyon Est**

 **Professeur Gilles RODE**

 Vu et permis d’imprimer

 Lyon, le