**DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE AU TRAVAIL EN VUE**

**D'UNE THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE**

Nom de l'étudiant(e) (suivi du nom d'épouse) :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone :

N° étudiant :

Nom et qualification du directeur de thèse :

Titre provisoire du sujet choisi :

Nom du rapporteur choisi :

Résumé du plan et des objectifs de travail (Joindre la « Fiche de projet de thèse ») :

*Originalité du sujet choisi (le sujet a-t-il fait en tout ou partie, l'objet d'une thèse par un autre étudiant, à la Réunion ou dans d'autres universités ? A-t-il fait l'objet d'une ou plusieurs publication(s) scientifique(s) dans une revue indexée ou non indexée ?)*

Quel a été, ou quel sera, le niveau d'implication de l'étudiant dans ce travail ?

*(un projet de publication scientifique sous la forme d'un manuscrit est obligatoire pour que la soutenance soit autorisée excepté pour certains travaux entrant difficilement dans ce cadre).*

A quelle revue scientifique, ou quel type de revue scientifique, le travail sera-t-il soumis ?

Important : A l’Université de La Réunion, le référencement des publications sur son portail HAL

(HyperArticles En Ligne) est obligatoire depuis 2014. Renseignez-vous auprès des BU.

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom et Signature du directeur de thèse  | CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATIONDécision du Doyen de l’UFR SantéAutorisation préalable de travail □ Accordée □ Refusée Date et Signature |