**Demande de soutenance de thèse avec tenue du jury entièrement à distance**

**Dispositions exceptionnelles UNIQUEMENT liées à la crise sanitaire du Covid 19**

**A compléter par le doctorant.e et à retourner à l’école doctorale**

**DOCTORANT.E :**

NOM :

PRENOM :

ECOLE DOCTORALE :

DATE DE SOUTENANCE :

LIEU (préciser l’adresse du lieu de connexion du doctorant) :

**MOTIF :**

 Cotutelle : conventions arrivant à échéance et ne pouvant faire aisément l’objet d’une extension du contrat ou de la convention.

Préciser le motif :

 Impact sur le statut et les ressources financières du doctorant

Préciser le motif :

 Report de soutenance conduisant à une inéligibilité à une candidature ou un recrutement.

Préciser le motif :

**AVIS DU(DE LA) DIRECTEUR(TRICE) DE THESE :**

**VISIOCONFERENCE RESERVEE PAR LE.LA DIRECTEUR(TRICE) DE THESE :**

Date et heure de la visioconférence :

Logiciel :

Lien de connexion :

Contact : (email de la personne qui a réservé la visio)

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR :**

Durant la soutenance en visioconférence, j’atteste sur l’honneur que :

* je serai seul(e) présent dans le lieu de soutenance
* je resterai connecté(e) et ne couperai ni mon micro ni ma caméra pendant toute la durée de la soutenance
* je m’engage à déclarer au président tout document ou source documentaire dont je pourrai faire usage pendant la soutenance
* je m’engage à me déconnecter durant la délibération et à me reconnecter pour la déclaration des résultats selon les modalités qui me seront communiquées par le président de jury

**La soutenance ne pourra être autorisée que sous réserve d’un dossier complet conformément à la procédure et dans le respect des délais requis**

Date : Signature :

**DESIGNATION DU. DE LA REPRESENTANT.E DE L’ECOLE DOCTORALE :**

**(Important : en cas de délégation par la direction de l’ED, la personne désignée doit être un personnel HDR du périmètre de l’ED, extérieur.e au laboratoire de rattachement du.de la doctorant.e)**

Nom, prénom :

Fonction, grade, laboratoire :

**AVIS DU. DE LA DIRECTEUR.RICE DE L’ECOLE DOCTORALE** :

Date : Signature

**DECISION DE L’ETABLISSEMENT**: □ Accordé □ Refusé

Si refus, motif :

Date : La Vice-Présidente déléguée

aux Affaires Doctorales,

 Nil TOULOUSE