

Docteur·e	Nom (de naissance) :					
	Prénom :					
	École Doctorale	<input type="checkbox"/> 3MG <input type="checkbox"/> MaSTIC	<input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> SIS	<input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> STT	<input type="checkbox"/> DSPL <input type="checkbox"/> VAAME	<input type="checkbox"/> ECLIS <input type="checkbox"/> EDGE Pays de Loire

Je sollicite auprès de la présidence de l'établissement la confidentialité du mémoire de thèse pour une durée de :
 mois (max. 120 mois/10 ans)

N.B. : la confidentialité du mémoire de thèse n'exonère pas de l'archivage numérique de la thèse. Elle sera cependant indisponible à tous pendant cette durée.

Titre de la thèse :

Motif(s) de la demande :

Docteur·e	Direction de thèse
Date :	Date :
Signature	Signature

Avis direction (adjointe) de l'ED

- avis favorable
 avis défavorable

Date :

Signature

Décision présidence établissement

- autorisation
 refus

Motif :

Date :

Signature