**ATTESTATION DE SOUTENANCE**

**THÈSE D’EXERCICE dans le cadre du DES de Pharmacie Hospitalière**

*Arrêté du 4 octobre 2019*

**En vue de l’obtention du Diplôme d’Etat de Docteur en Pharmacie**

Soutenue par **M**................................................................................................................................................................

**TITRE de LA THESE**

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

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

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

**Date de soutenance** : .................................................................

**Soutenance en visio-conférence : □**

**JURY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Composition Jury** | **Qualité** | **NOM et PRENOM** | **Signatures** |
| **Président du Jury** | *PU ou PU-PH ou MCU ou MCU-PH HDR de l’UFR Pharmacie Paris-Saclay* |  |  |
| **Membre 2** | *PU ou PU-PH ou MCU ou MCU-PH \** |  |  |
| **Membre 3** | *Pharmacien PH* |  |  |
| **Membre 4** | *Personnalité qualifiée* |  |  |

*Au moins 4 membres dont 2 PU(PH)/MCU(PH)\*, 1 pharmacien PH*

*\* les 2 PU(PH)/MCU(PH) peuvent appartenir à la même université*

MENTION\* : TRES BIEN BIEN SANS MENTION

ASSEZ-BIEN PASSABLE

(\*entourer la mention utile)

**A remettre au Service SCOLARITE - Mme Céline CENARBIEUX**