**DEPOT DE JURY ET DE SUJET DE MEMOIRE DE DES**

**TENANT LIEU DE THESE D'EXERCICE**

**ANNEXE 2**

**(Préciser Spécialité : BIO.MED/PHARM.HOSP./IPR)**

***A remplir obligatoirement informatiquement***

**Vous :**

NOM de jeune fille :

NOM :

Prénoms :

Date de naissance : Nationalité :

*(Date de naturalisation éventuellement)*

Lieu de naissance  (ville + n° département) :

Adresse :

Téléphone : E-mail :

**La thèse :**

Nom du Directeur de thèse (Universitaire) :

Nom du Directeur de thèse (Industriel) :

Titre de la thèse :

**Le jury :**

Président : (obligatoire Professeur des Universités de l’UFR de Pharmacie de Tours)

Membres :

* **Pour les DES en Biologie Médicale** *(décret n°2003-76 du 23 janvier 2003)*, le jury doit être composé de 4 membres minimum dont :
  + **Un Professeur des Universités (praticien hospitalier ou non) de pharmacie**
  + **Un Professeur des Universités (praticien hospitalier ou non) de médecine**
* **Pour les DES de Pharmacie Hospitalière et IPR** *(décret n° 2012-172 du 3 février 2012)*, le Jury est composé d’au moins quatre membres dont :
  + **deux enseignants titulaires du groupe des disciplines pharmaceutiques du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques appartenant à des unités de formation et de recherche de pharmacie différentes,**
  + **deux membres n'exerçant pas leurs fonctions dans une unité de formation et de recherche de pharmacie, dont au moins un praticien hospitalier pharmacien ou un pharmacien résident.**



**le résumé :**

À …………………. le……/………/…………

**Avis du Directeur de thèse :**

* Favorable ❒ Non favorable

Signature :

A ……………… le……/……/………

**Décision du Président de l’Université**

Pour le Président et par délégation Le Doyen de l’UFR,

 Signature :