Université de Strasbourg

Demande mission complémentaire au contrat doctoral année 2024-2025

DOSSIER DE CANDIDATURE

(à compléter et transmettre accompagnée d'un CV et d'une lettre de motivation)

☐ 1ère demande ☐ Demande de renouvellement

Type de la mission complémentaire : ☐ Enseignement X Diffusion de la culture scientifique

☐ Valorisation résultats recherche scientifique ☐ Expertise

NOM : _____ **Prénom** : _____

Né(e) le : __ /__/____ à : _____ Département : _____

Nationalité : _____ **N° sécurité sociale** :_____

Adresse privée : _____

☎ : _____ _____ **Courriel** : _____@_____

Discipline doctorat : _____ **Année d'inscription** (2024/2025) : ☐ 1ère ☐ 2ème ☐ 3ème

Discipline MASTER, année et université d'obtention : _____

Fournir les relevés de notes et classement M1 et M2 pour une 1ère demande.

Etes-vous titulaire de l'agrégation ? ☐ oui ☐ non Année d'obtention : _____

Avez-vous effectué votre stage de validation ? oui non

Ecole doctorale de rattachement :

☐ 101 Droit, Sc. Politique et Histoire (DS 7)
☐ 182 Physique, Chimie-Physique (DS 2)
☐ 221 Augustin Cournot (DS 7)
☐ 222 Sciences Chimiques (DS 4)
☐ 269 MSII (DS 1, DS 8 et 9)
☐ 270 Théologie, Sc. Religieuses (DS 6)
☐ 413 STUES (DS 3 et 6)
☐ 414 Sc. De la Vie et de la Santé (DS 5)
☐ 519 SHS-PE (DS 6)
☐ 520 Humanités (DS 6)

Directeur de thèse : _____

Unité de recherche : _____

Financement de la thèse (**joindre une copie du contrat**) : _____

Autre mission demandée en 2024/2025 : _____ __ Composante : _____

Si vous avez déposé un dossier dans une ou plusieurs autres composantes, merci d'indiquer laquelle (lesquelles) : _____

Visa du Directeur de thèse : Nom et prénom du directeur : _____ Date et Signature :	**Visa du Directeur de l'Unité de recherche :** Nom et prénom du directeur UR : _____ Date et Signature :
Visa du Directeur de l'école doctorale : Nom et prénom du directeur ED :	Date et signature :

Partie réservée au directeur de la composante - responsable de la structure d'accueil :

❑ ***Avis favorable*** ❑ ***Avis défavorable***

Si avis défavorable – motif du refus : _____

Nature du service confié au doctorant		
Nom et prénom du tuteur pédagogique		Courriel : Téléphone :
Section CNU		

Signature du directeur de composante - responsable de la structure d'accueil :