

RETRAIT DU DIPLOME EN MAIN PROPRE
--

Madame Monsieur

Nom :

Nom Marital :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Téléphone :

E-mail :

Je sollicite par la présente le retrait du diplôme suivant :

Ecole Doctorale	Type de diplôme (doctorat, HDR..)	Intitulé de la thèse soutenue (en français) ^o	Année d'obtention

Le Docteur doit se présenter le jour du retrait muni des documents suivants :

- Ce formulaire dûment rempli et signé ;
- l'original et une copie de sa pièce d'identité en cours de validité,

Date :

Signature :

Votre contact :

Mme Véronique SAUNIER-BISCH : 01 64 15 38 43)

veronique.saunier-bisch@univ-paris-est.fr

Université Paris-Est

Aile Cassini- Bureau c412

6-8, avenue Blaise Pascal

Cité Descartes- Champs sur Marne

77455 Marne La Vallée cedex 2

L'entrée du bâtiment se fait au 12 rue Copernic, par le poste de sécurité.