



## MANDAT

Je soussigné(e),

|               |          |
|---------------|----------|
| Nom :         |          |
| Nom d'usage : |          |
| Prénom :      |          |
| Né.e le :     |          |
| A :           |          |
| Téléphone :   | E-mail : |

Donne mandat à :

|           |
|-----------|
| Nom :     |
| Prénom :  |
| Né.e le : |
| A :       |

Afin de retirer le diplôme suivant :

| Ecole Doctorale | Type de diplôme<br>(doctorat, HDR..) | Intitulé de la thèse soutenue | Année<br>d'obtention |
|-----------------|--------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
|                 |                                      |                               |                      |

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

- une copie de la pièce d'identité en cours de validité du docteur,*
- l'original et une copie de sa propre pièce d'identité*

Date :

Signature :

**Votre contact :**

[scolarité.ded@paris-est-sup.fr](mailto:scolarité.ded@paris-est-sup.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.