**ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024 DOSSIER DE CANDIDATURE A UNE CESURE**

 **DOCTORANT CONTRACTUEL**

 **DOCTORANT NON CONTRACTUEL**

**IDENTITÉ de L'ÉTUDIANT**

*(Ecrire lisiblement et en majuscules ou remplir sur Word)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom ............................................................................ | Prénom ...................................................................... |
| Numéro d’étudiant **..........................................................** | Date de naissance **.........................................................** |
| Email ............................................................................ | Téléphone .................................................................. |

Adresse .......................................................................... .......................................................................................

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

Code Postal .................................................................... Ville ...............................................................................

**ETUDES UNIVERSITAIRES**

|  |  |
| --- | --- |
| Année de thèse en 2023 /2024 : ………. (*Préciser 1ère, 2ème…)* | Ecole doctorale de rattachement : ………… |
| Période de césure envisagée : du …/…/… au …/…/…  **Type de contrat et employeur :** | |

**TYPE DE PROJET DE CESURE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Formation | Expérience professionnelle | Projet personnel | Autre (préciser) |

**Dans le cas d’un projet lié à la formation** dans laquelle vous êtes inscrit-e, précisez le lien/la valeur ajoutée, les compétences visées.

Dans tous les cas, fournissez tous les documents qui vous semblent nécessaires à l’évaluation de votre candidature.

# LETTRE DE MOTIVATION

**ACCORD DE L’EMPLOYEUR POUR CESURE**

**DUREE PROLONGATION DU CONTRAT (durée de la césure) :**

Favorable

Défavorable

Date :

SIGNATURE :

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Je soussigné (e), certifie sur l’honneur que tous les renseignements portés dans ce dossier sont exacts  Date : | SIGNATURE |

|  |
| --- |
| **AVIS MOTIVE DU DIRECTEUR DE THESE** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………… |

**AVIS DU DIRECTEUR DE L’ECOLE DOCTORALE**

Favorable

Défavorable, motif de l’avis défavorable :

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………… Date : SIGNATURE

**DECISION DE L’ETABLISSEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
|  Césure accordée   Césure refusée  Motifs en cas de refus | SIGNATURE DU PRESIDENT D’UNIVERSITE CÔTE D’AZUR |

**IMPORTANT**

* Votre dossier doit être envoyé complet à : [med@univ-cotedazur.fr](mailto:med@univ-cotedazur.fr) pour décision de l’établissement
* Aucun complément à ce dossier envoyé ultérieurement et séparément ne sera pris en compte