



**Année universitaire 2023 /2024**  
**Formulaire de demande de label doctorat européen**

**LE DOCTORANT**

**Je, soussigné(e)**

**N° Étudiant** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**NOM :** \_\_\_\_\_ **NOM D'USAGE :** \_\_\_\_\_

*(Nom de naissance)*

**Prénom:** \_\_\_\_\_

**Date et lieu de naissance** (ville/pays) : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

**Unité de recherche :**

**Ecole doctorale :**

Demande l'attribution du label Doctorat européen au diplôme de Doctorat

Date :

Signature :

**Je justifie d'une mobilité pour mission de recherche**

Dates **(au moins 3 mois)** et lieu de la mobilité (laboratoire, établissement, ville, pays) dans un autre Etat européen :

Dates du séjour : \_\_\_\_\_

Laboratoire d'accueil : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

**J'indique la langue autre que le français dans laquelle une partie de la soutenance sera effectuée :**

Le Directeur(trice) de thèse :	Le Directeur de l'école doctorale :
Date :	Date :
Nom - prénom :	Nom - prénom :